

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N° 528

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Perrine MOREL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 22 Février 1910, à PARIS (Seine)

Pleurésie Primitive
et
Primo-Infection Tuberculeuse

Président : M. RATHERY, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

« DIPLOME D'ÉTAT »

PRÉSENTÉE PAR

Perrine MOREL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 22 Février 1910, à PARIS (Seine)

Pleurésie Primitive

et

Primo-Infection Tuberculeuse

Président : M. RATHERY, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique cardiologie
Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRÉ
ERUMPT.
BAUDOUIN
ABRAMI.
CHEVASSU
ROUSSY.
CHAMPY.
TUFTNEAU
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
FIESSINGER
Maur. VILLARET
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE
CLERC.
LEREBoullet
NOBECOURT
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU
COUVELAIRE
JEANNIN.
MOQUOT
OMBRÉDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL
SERGEANT.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
OGNON	Physique.
FUNCK	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
CHEVALLIER ..	Bactériologie

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
DE GENNES...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hyg.ène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT

DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.). Ophtalmologie.
 RICHTET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUENIOT..... Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-
 LEMAIRE ... Parasitologie
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL }
 CHIRAY }
 DONZELOT } Clinique médicale
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR }
 VALLERY-RADOT }
 SEZARY }

MM.

BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER }
 HEITZ-BOYER. } Clinique chirurgicale
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }
 ECALLE }
 LE LORIER }
 LEVY-SOLAL ... } Clinique obstétricale
 METZGER }

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 PHILIBERT, agrégé.. Microbiologie.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

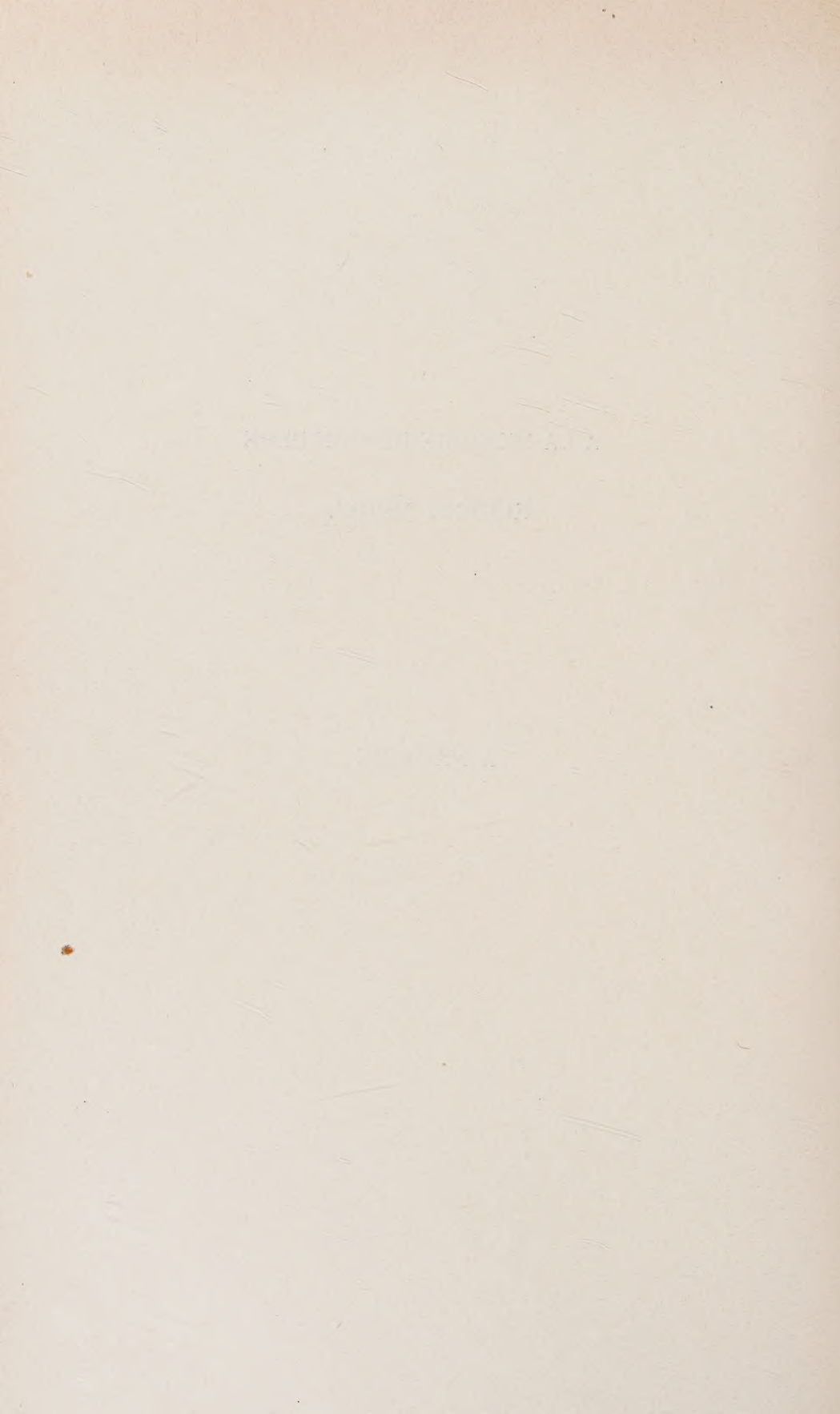


Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

EUGENE MOREL

A MA MERE



A MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

*Professeur de Clinique Thérapeutique à la Faculté de Médecine
de Paris*

*Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Pitié*

Qui nous fit le grand honneur de
présider le Jury de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL GARNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JUSTIN BESANÇON

STAGE :

1928 : MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

1929 : MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

EXTERNAT :

1930 : MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

1931 : MONSIEUR LE DOCTEUR LORTAT-JACOB

(In Memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

1932 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT

1933 : MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

INTERNAT :

1933-34 : MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

1934 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE

1935 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI

1936 : MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAILLET

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE SOULIE

Médecin des Hôpitaux

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR PAULETTE LANDOWSKI

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ ALIBERT

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENNIEL

A MESSIEURS LES DOCTEURS BIDERMANN, BUCQUOY,

POUMEAU-DELILLE, ANDRÉ HUREZ

A TOUS MES AMIS

PLEURESIE PRIMITIVE ET PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

Dans le vaste cadre des pleurésies tuberculeuses, deux grandes formes s'opposent au point de vue clinique, évolutif et pronostic:

1. LA PLEURO-TUBERCULOSE PRIMITIVE AUTONOME, caractérisée par son allure aiguë et cyclique et la bénignité habituelle de son évolution; c'est l'ancienne pleurésie « *a frigore* », dont LANDOUZY a montré qu'elle était « *la première manifestation flagrante de la tuberculose dans l'organisme* ».

2. LA PLEURÉSIE ASSOCIÉE A DES LÉSIONS PARENCHYMEUSES SOUS-JACENTES, soit latentes et non diagnostiquées et la pleurésie en constitue le symptôme révélateur, soit déjà plus ou moins évidentes et plus ou moins accentuées.

Tout le problème réside dans le diagnostic de ces deux grands types, car le pronostic, chose capitale pour la pleurésie, dépend de l'état du poumon sous-jacent. Ce problème ne peut pas toujours être résolu dès le début; fréquemment, les pleurésies se ressemblent dans leur évolution; aussi n'est-ce que par un examen attentif et la mise en œuvre de tous les moyens de diagnostic que la forme cli-

nique pourra être précisée et qu'on pourra s'assurer de la présence ou de l'absence d'une lésion pulmonaire.

En outre, la raison de l'autonomie clinique de la pleurésie primitive est toujours restée difficile à saisir. Nous voulons précisément consacrer à cette forme une étude particulière, et chercher à expliquer les causes de son autonomie clinique, de ses caractères évolutifs, et surtout de son pronostic qui, dans la règle, reste satisfaisant.

Une notion nouvelle nous a permis d'éclairer notre étude dès le début : celle de la primo-infection capable de réaliser sur la plèvre une manifestation dont les caractères s'apparentent en tous points à ceux de la primo-infection pulmonaire.

Dès lors, s'il est prouvé, comme nous en donnerons les éléments, que le plus grand nombre des pleurésies primitives des jeunes sont des manifestations de primo-infection, le problème, si délicat jusqu'ici, des raisons de leur autonomie et de leur évolution si particulière sera résolu.

Nous avons réuni pour cette étude 260 observations de pleurésies ayant les caractères cliniques des pleurésies dites primitives.

— Deux-cents d'entre elles ont été recueillies par le Docteur COURCOUX au Centre de triage de l'hôpital Boucicaut. Elles sont de double provenance :

1° Etudiants en médecine et infirmières examinés et suivis au point de vue prophylactique.

2° Convalescents de pleurésie venus pour une visite de contrôle avant leur départ pour un préventorium.

— Soixante proviennent du service de notre Maître, M. le Professeur NOBÉCOURT, que nous remercions de nous avoir autorisé à les reproduire; ce sont celles des enfants de 0 à 15 ans soignés ces dernières années, pour pleurésie, à la Clinique médicale des Enfants Malades.

Que notre Maître, M. le Docteur COURCOUX veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance. Son dévouement à notre égard et l'appui qu'il nous a apporté nous furent un grand soutien dans des circonstances qui ont encore accru notre admiration et notre affection pour lui. Il a bien voulu nous donner ce sujet qui lui est particulièrement cher. Nous avons essayé de ne pas être indigne de sa confiance. L'admirable organisation qu'il a su donner à son service de l'Hôpital Boucicaut nous a beaucoup facilité la tâche.

Nous remercions également M. le Docteur ALIBERT pour son aide précieuse et ses conseils amicaux; M. le Professeur VAUCHER et M. le Docteur BONNEFOY, qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail.

HISTORIQUE

L'histoire des pleurésies dites primitives est marquée par plusieurs étapes que nous rappellerons afin de mieux préciser notre sujet.

Autrefois, la nature même de la pleurésie était méconnue. Quelques auteurs, tels que STOLL, LAENNEC, puis BERNUTZ, VILLEMIN, avaient bien reconnu la tuberculose; d'autres, comme LOUIS, avaient même insisté sur la valeur d'une pleurésie séro-fibrineuse pour le diagnostic de la tuberculose. Mais on en restait à l'opinion classique, à l'ancienne pleurésie primitive « *a frigore* » de TROUSSEAU. Il était d'ailleurs admis que celle-ci pouvait être un facteur prédisposant à la tuberculose, et on discutait sur la fréquence de la phthisie consécutive aux pleurésies.

C'est LANDOUZY, en 1881, dans ses Cliniques de la Charité et dans de nombreux articles, qui affirma le premier la nature tuberculeuse des pleurésies dites primitives : « Le rôle du froid dans la pleurésie se réduit à un rôle purement occasionnel, l'élément étiologique vrai étant une cause demeurée latente jusqu'au jour du refroidissement. L'élément étiologique vrai est la tuberculose, souvent méconnue, parce que sous l'épanchement pleural se cache une tuberculose localisée. » Il montre également la valeur de ces pleurésies pour le diagnostic du début de la tuberculose dont elles constituent « la première manifestation flagrante dans l'organisme ».

A la suite de LANDOUZY, de nombreux auteurs apportent à leur tour des arguments cliniques en faveur de cette étiologie tuberculeuse.

Cependant celle-ci n'est pas encore acceptée de tous ; les caractères de la pleurésie primitive, son apparition chez des sujets jeunes, son autonomie clinique, sa bénignité ultérieure ne semblaient pas en faveur de cette origine tuberculeuse. On ne s'expliquait pas ces caractères, et on ne voyait pas *pourquoi* une affection de cette nature n'évoluait pas forcément vers des lésions tuberculeuses. JACCOUD concluait ainsi ces débats : « Toutes les pleurésies a frigore ne sont pas tuberculeuses, et quand on voit un pleurétique, trente ans après, devenir tuberculeux, il est bien difficile de dire si c'est à cause d'elle. »

C'est vers l'explication de ces faits que, depuis LANDOUZY, tous les travaux sur la pleurésie ont tendu.

Ils apportèrent d'abord la preuve de sa nature tuberculeuse, non pas tant par l'anatomo-pathologie avec KELSCH et VAILLARD (1886), VELTEN, LETULLE, que par la bactériologie. C'est PÉRON qui, en tuberculisant six fois sur six le cobaye par inoculation de liquide pleural à forte dose, fit taire les derniers protestataires (1896).

Puis, on essaya d'expliquer les différences évolutives des pleurésies tuberculeuses par leurs variétés cliniques. BARD, en 1902, en donne une première classification ; il sépare les atteintes pleurales autonomes, avec leurs deux formes superficielle et profonde, des pleurésies symptomatiques, secondaires ou associées à une tuberculose pulmonaire. Plus tard, CHANTEMESSE et COURCOUX reprennent et approfondissent cette classification.

Mais le pourquoi de l'autonomie et de la bénignité relative de la pleurésie primitive restait encore inconnu. Cette question, qui fait l'objet de notre étude, ne pourra être

résolue que beaucoup plus tard, grâce aux progrès dans la connaissance de la tuberculose.

Depuis LANDOUZY, en effet, l'histoire de la pleurésie fait partie de l'histoire même de la tuberculose.

Celle-ci, après les géniales découvertes de VILLEMIN (1865) et de KOCH (1882), traverse une époque féconde. Des travaux anatomo-pathologiques importants sont entrepris par KUSS, GHON, LETULLE, RIBADEAU-DUMAS; les recherches bactériologiques de CALMETTE, KOCH, BEHRING se poursuivent; en 1907, VON PIRQUET découvre et met au point la cuti-réaction à la tuberculine, qui va entraîner de nombreux travaux cliniques en permettant un diagnostic précis de l'infection tuberculeuse.

Dès lors, on connaît les lésions tuberculeuses de l'enfance, on connaît la phtisie de l'adulte, mais on ne sait pas quels rapports relie entre elles ces diverses manifestations.

RANKE, en 1916, eut l'idée de les réunir et d'étudier l'évolution de la tuberculose dans son ensemble en partant du début de l'infection. Il décrit ainsi un cycle en trois périodes, dont la grande originalité est la création d'une période secondaire intermédiaire.

Cette conception, d'une grande clarté et d'une commodité didactique incontestable, eut un retentissement considérable. En Allemagne, elle fut acceptée avec enthousiasme. En France, elle fut connue plus tardivement et très discutée; mais elle eut le grand mérite de donner à la phtisiogénèse une impulsion nouvelle. De nombreux travaux pathogéniques, anatomo-pathologiques, bactériologiques, furent entrepris; en ce qui concerne la pleurésie, ils n'apportèrent que des résultats discutables. Par contre, les travaux cliniques récents sur l'ensemble de la

tuberculose vont donner à la pleuro-tuberculose primitive, une signification nouvelle.

Depuis la guerre, en effet, est introduite dans la connaissance de la tuberculose, la notion de primo-infection tardive. SCHEEL, HEYMBECK, WALLGREEN en Norvège, puis TROISIER, BARIETY et NICO, COURCOUX et ALIBERT, VAUCHER en France se sont attachés à en étudier le retentissement clinique. Leurs conclusions s'appuient sur des méthodes d'examen minutieuses, ayant pour base la pratique systématique des cuti-réactions en série.

Ils ont ainsi remarqué la fréquence de la pleurésie séro-brineuse au cours de la primo-infection dont elle constitue souvent la seule manifestation clinique. C'est ce point que nous voulons essayer de préciser.

RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

Nous avons voulu faire ici un travail purement clinique. Il est cependant nécessaire pour la bonne compréhension du sujet, de rappeler brièvement les caractères anatomo-pathologiques de la pleurésie primitive et les travaux si nombreux qui ont essayé d'en préciser la pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle est forcément basée sur des observations très limitées, puisqu'il s'agit d'une affection essentiellement curable. Elle a cependant pu être précisée par CORNIL, PÉRON, LETULLE, COURCOUX.

La plèvre viscérale est épaissie, recouverte de fausses membranes superficielles sous lesquelles on la voit apparaître, doublée d'une néo-membrane. Le point important est que cette néo-membrane est semée de *granulations tuberculeuses* (PERON). Ces granulations ne sont pas forcément visibles à l'œil nu, mais existent toujours; d'où le nom de *granulie éphémère pleurale* que COURCOUX a donné à cette forme de pleurésie.

La plèvre pariétale présente des lésions analogues, avec un exsudat fibrineux recouvrant une néo-membrane très épaisse.

Sur les coupes histologiques, c'est dans l'épaisseur de la

néo-membrane qu'on trouvera les lésions spécifiques : follicules tuberculeux, granulations, cellules géantes.

PATHOGENIE

La pathogénie est encore mal connue, malgré les nombreux travaux dont elle a fait l'objet. Un fait est prouvé : *la pleurésie est la conséquence de la pénétration du bacille de Koch dans la cavité pleurale.*

En effet, dès 1896, PÉRON, en inoculant dans la plèvre du chien des bacilles tuberculeux, a pu reproduire une lésion en tous points comparable à la pleurésie tuberculeuse primitive de l'homme.

Mais, ce fait établi, il reste à déterminer, d'une part la cause de cette réaction exsudative et curable, d'autre part les voies qu'emprunte le bacille pour gagner la plèvre.

1. - Causes de la Réaction Exsudative

PÉRON interprétait cette exsudation de liquide comme la réaction habituelle de défense de la plèvre vis-à-vis du bacille de Koch. Plus elle est intense, plus elle indique une lutte importante.

Depuis, on s'est demandé si cette exsudation se produit toujours, ou si elle n'est pas plutôt la réponse des seules plèvres antérieurement tuberculisées à une infection nouvelle.

Cette dernière conception repose sur l'expérience.

PETERSON, en Amérique, pratiquant à des cobayes des inoculations intra-pleurales de bacilles de Koch, a montré que les lésions produites chez les animaux sains ne ressemblent en rien à la pleurésie humaine, mais que chez

les animaux antérieurement tuberculisés, la plèvre réagit violemment par une formation rapide de liquide séro-fibrineux.

BEZANÇON et WEIL interprètent ce fait comme une réaction allergique analogue au phénomène de Koch. Ils font de la pleurésie une réinfection tuberculeuse à localisation pleurale. Elle se produirait à la suite de réinfections exogènes légères réveillant une tuberculose contractée dans l'enfance.

Il semble cependant qu'il soit difficile de se baser sur cette seule expérience pour élucider la pathogénie des pleurésies.

Le cobaye peut répondre autrement aux inoculations bacillaires qui, le plus souvent, créent chez lui une granulie.

Il en est de même chez le lapin : COURCOUX a injecté une petite quantité de bacilles de Koch dans la cavité pleurale du lapin ; il a observé, non pas une pleurésie, mais la résorption rapide du bacille suivie de granulie pulmonaire.

Il est donc difficile de reproduire expérimentalement la pleurésie chez des animaux comme le cobaye ou le lapin. Il vaut mieux en rester à l'ancienne expérience de PÉRON sur le chien jusqu'à ce qu'on ait d'autres résultats plus concluants.

2. - Voies d'Infection

C'est aussi là une question très discutée, et qui se confond avec celle encore irrésolue des voies d'infection de l'organisme en général par la tuberculose.

a) La possibilité d'une tuberculose primitivement pleurale est douteuse. Cependant, on n'a pas de preuve per-

mettant de la nier absolument, car le lieu de pénétration, pulmonaire ou intestinal, du bacille de Koch, peut ne porter aucune trace de son passage. (CALMETTE.)

b) Il semble plutôt, ainsi que BORREL l'a montré, que le bacille soit chargé par les leucocytes. Il emprunte alors la *voie sanguine* ou la *voie lymphatique*.

Cette dernière voie paraît la plus fréquente; le bacille peut alors pénétrer :

— ou par le naso-bucco-pharynx, et plus particulièrement par les amygdales; cela doit être rare, les rapports des lymphatiques du cou avec ceux du médiastin étant minimes.

— ou par les intestins, fait qui paraît également assez rare.

— ou plutôt par les bronches, dont les riches connections lymphatiques avec la plèvre semblent s'y prêter. La pleurésie est d'ailleurs souvent accompagnée d'une tuméfaction des ganglions hilaires; mais y a-t-il étape pulmonaire intermédiaire ?

Beaucoup d'auteurs l'admettent et insistent sur son siège juxta-pleural. ARBORÉLIUS, s'appuyant sur des examens anatomo-pathologiques, prétend qu'en aucun cas on ne peut l'affirmer.

Elle serait en tout cas légère, puisque la lésion tuberculeuse ne réapparaît jamais.

En résumé, on sait que la pleurésie est la conséquence de la pénétration du bacille de Koch dans la cavité pleurale, mais on ignore encore comment il y parvient, et pourquoi il détermine cette exsudation liquidienne à évolution bénigne.

LA PLACE DE LA PLEURESIE DANS L'EVOLUTION TUBERCULEUSE D'APRES LES THEORIES MODERNES

RANKE, en étudiant les rapports chronologiques des diverses manifestations tuberculeuses, a décrit l'évolution de la tuberculose humaine en trois périodes distinctes. Il définit chacune de ces périodes d'après l'âge de l'infection tuberculeuse, élément capital dont il a le premier montré toute l'importance clinique, anatomique et pathogénique. Sa théorie, exposée pour la première fois en 1916, fait parcourir à la tuberculose un cycle évolutif en trois stades, analogue à celui de la syphilis et aussi précis.

Nous rappellerons rapidement les caractères propres à chacun de ces stades, pour essayer ensuite d'y placer la pleurésie séro-fibrineuse.

1. - Stade Primaire

Il correspond anatomiquement à l'*édification du complexe ganglio-pulmonaire* de PARROT (1876), et de KUSS (1898), composé essentiellement du chancre d'inoculation pulmonaire et de son adénopathie satellite.

A cette période, le virus tuberculeux utilise *la voie lymphatique*, mais sur un territoire extrêmement restreint.

L'évolution anatomique de ce complexe primaire se fait très rapidement vers la calcification.

Cliniquement, le fait important est que la période primaire marque le *début de l'allergie tuberculinique*; c'est à ce moment qu'on observe le virage de la cuti-réaction qui devient positive.

2. - Stade Secondaire

La période secondaire est essentiellement la *phase de généralisation tuberculeuse*.

Elle commence au moment où l'infection franchit le territoire lymphatique si limité de la période primaire. Pour se propager, le virus utilise toutes les voies : *voie lymphatique*, *voie sanguine* avec irruption du bacille de Koch dans le sang et métastases hémato-gènes, *voie bronchique*.

Les lésions anatomo-cliniques seront donc extrêmement variables dans leur siège, leur nombre, leur étendue. Elles gardent deux caractères communs qui permettent de les différencier des lésions tertiaires : leur bénignité relative, et le fait qu'elles font toujours partie d'un syndrome de tuberculose généralisée. Ce sont des accidents aigus d'allure congestive qui disparaissent sans laisser de traces.

L'organisme à cette période est d'une hypersensibilité extrême, aussi est-ce le moment où les réactions tuberculiniques sont les plus intenses.

3. - Stade Tertiaire

A la troisième période, au contraire, la tuberculose est essentiellement une *maladie locale*.

Le virus ne se propage plus que par *voie bronchique*.

Les lésions qu'il donne sont profondes, mais ne provoquent plus de réaction ganglionnaire. Elles évoluent nor-

malement vers la nécrose, et si elles guérissent, la guérison est lente, sans restitution anatomique intégrale.

Enfin à cette phase existe une immunité relative de l'organisme; donc plus de grosses flambées inflammatoires généralisées, de très rares métastases à distance, des réactions tuberculiniques peu intenses.

MAY, à la suite de RANKE, a essayé de placer la pleurésie dans ce cycle tuberculeux. Il admet la possibilité d'une participation pleurale à chacune des périodes.

1° AU STADE PRIMAIRE, une flambée aiguë pleurale est exceptionnelle, mais le complexe primaire laisse volontiers derrière lui des adhérences pleurales, surtout au niveau des scissures.

2° C'est au STADE SECONDAIRE, stade de généralisation et d'hypersensibilité, que les réactions pleurales sont les plus fréquentes. Le polymorphisme qu'elles affectent est très grand :

- pleurésie sèche localisée à la base;
- pleurésie lymphogène;
- participation pleurale aux réactions d'inflammation périfocale;
- pleurésie métastatique hémato-gène.

3° Au STADE TERTIAIRE, stade de phtisie isolée, les pleurésies sont le fait d'une participation pleurale, en général circonscrite, aux lésions du poumon sous-jacent qui commandent l'évolution.

Cette théorie, si séduisante par sa clarté, n'a cependant pas été accueillie partout sans de grosses réserves. Basée

exclusivement sur des données anatomiques et pathogéniques discutables, elle ne répond pas toujours aux besoins de la clinique. La période secondaire en particulier, dont la création fait toute l'originalité de RANKE, est très mal définie. On ne sait ni où elle commence, ni où elle finit. Si bien que cette théorie, qui semble juste pour l'ensemble du développement de la tuberculose, devient inapplicable dans les détails.

Les auteurs lyonnais, ARLOING, DUFOUT, et plus récemment leur élève Jacques BRUN, ont montré qu'elle avait la valeur d'un schéma, mais d'un schéma dont il ne faut garder que les grandes lignes, « chaque individu le traçant à sa façon ». Ils signalent la très grande fréquence des cycles incomplets, où manquent les stades tertiaire ou plus souvent secondaire. Ils insistent surtout sur la possibilité d'intrication des stades, rendant difficile leur délimitation précise.

Devant une telle complexité, il est évident que certaines tuberculoses sont difficiles à classer; ce sont tout particulièrement les manifestations dites secondaires, puisqu'elles font partie d'un stade intermédiaire.

La pleurésie, par son début brutal, son allure inflammatoire, sa guérison de règle, est le type des accidents de la période secondaire de RANKE. Cependant, chaque fois qu'on a voulu l'y faire entrer, des difficultés se sont présentées. Accident tuberculeux souvent bien trop précoce pour faire déjà partie du stade secondaire, la pleurésie lorsqu'elle est tardive, est beaucoup trop aiguë et curable pour appartenir au stade tertiaire.

Quelques auteurs ont essayé d'adapter la théorie de RANKE pour tourner cette difficulté :

— Certains, comme WIDOWITZ, HAMBURGER ont divisé la période secondaire en deux étapes :

1° l'une précoce, subprimaire, qui suit de près (2 à 3 mois) la primo-infection, et se caractérise par la fréquence et l'intensité des phénomènes inflammatoires pulmonaires et extra-pulmonaires (érythème noueux, conjonctivite phlycténulaire, pleurésie), et par leur évolution curable.

2° l'autre tardive et silencieuse, mais distincte du stade tertiaire par le fait que les poussées aiguës généralisées précédentes, peuvent encore s'y rencontrer, alors que les lésions tertiaires sont essentiellement localisées.

— En France, DEBRÉ et LELONG ont également groupé toutes les manifestations aiguës et curables, telles que la pleurésie, en une période sous-primaire ou secondaire précoce suivant immédiatement le stade primaire, et pouvant, sous certaines influences (réinfections exogènes massives surtout), prendre une allure maligne.

Ces auteurs soulignent donc la précocité de la pleurésie, manifestation de la même époque que l'érythème noueux, la typho-bacillose, la spléno-pneumonie. Ils l'opposent aux tuberculoses chirurgicales beaucoup plus tardives. Ils peuvent ainsi, par la division de la période secondaire, mieux situer la pleurésie dans le cycle tuberculeux qu'elle ne l'était par le système de RANKE.

— LIEBERMEISTER, STEINERT définissent les trois stades un peu différemment.

1° le stade primaire se caractérise pour eux par une affection aiguë, telle que typho-bacillose, spléno-pneumonie, qui guérit, et alors passe au stade secondaire, ou sous certaines influences prend une allure maligne.

2° le stade secondaire, de latence clinique relative, est beaucoup plus tardif. Il peut être interrompu par des acci-

dents périodiques fugaces ayant les mêmes caractères que ceux du stade primaire, et d'évolution toujours curable.

3° le stade tertiaire est celui de la destruction caséuse des viscères.

Les lésions peuvent d'ailleurs passer d'un stade dans l'autre sous l'influence des réinfections exogènes.

Pour ces auteurs, la pleurésie ne constitue pas un stade de la tuberculose, mais un accident aigu apparaissant à un stade quelconque qu'il importe de reconnaître pour établir le pronostic et le traitement. Ils prétendent que :

1° Le complexe primaire s'accompagne presque toujours, puisqu'il est sous-pleural, d'une réaction pleurale plus ou moins importante. Sèche, elle est méconnue; séreuse, elle attire l'attention clinique.

Presque toutes les pleurésies séreuses de l'enfant sont l'indice de la primo-infection.

2° Au stade secondaire, la pleurésie, sèche ou séreuse, a pour caractère la récurrence.

3° Au stade tertiaire, elle accompagne les foyers inflammatoires sous-pleuraux, conduit aux symphyses étendues, etc...

Ces auteurs étendent donc la durée du stade primaire dans lequel ils placent la pleurésie. Mais ils ajoutent que celle-ci, sous l'influence des réinfections exogènes, peut récidiver plus tardivement (pleurésie secondaire), ou prendre une allure maligne (pleurésie tertiaire).

L'impression que donnent ces diverses interprétations est celle d'un flottement très grand. Cependant, l'accord semble être fait sur le détail ; par exemple, nous retrouvons toujours la pleurésie parmi les manifestations précoces de

l'infection tuberculeuse. Ce qui crée la discussion, c'est qu'on ne sait pas se dégager des cadres étroits de RANKE. Comme on se heurte à des difficultés sérieuses, on change les termes; on crée suivant les besoins un stade primaire prolongé, un stade secondaire précoce; on insiste sur l'intrication des stades. On en vient alors à des discussions de mots dont aucun n'est défini.

Nous entendrons par *phase de primo-infection*, la période qui fait immédiatement suite à la première fixation du bacille de Koch dans l'organisme. Cette période, d'une durée de 18 mois à 2 ans, se caractérise par la tendance à la généralisation, et par l'hypersensibilité vis-à-vis des réinfections exogènes. Elle réunit la phase primaire et le début de la phase secondaire de RANKE, réalisant une période primo-secondaire homogène.

La guérison de cette première période de l'infection tuberculeuse peut être définie, ainsi que l'a dit LEVESQUE, comme « la modification radicale de la maladie sous l'influence de qualités acquises par l'organisme au cours de cette période. Ces qualités précieuses consistent dans une certaine immunité qui met l'organisme à l'abri des réinfections exogènes habituelles, et dans le fait qu'une reprise de la maladie se fera sous un mode nouveau : la primo-infection réalise donc une certaine vaccination. »

Ainsi définie, la phase de primo-infection semble répondre aux besoins de la clinique. Elle comprend la période de l'évolution de la tuberculose pendant laquelle le sujet reste particulièrement sensible aux réinfections; c'est donc l'époque où il faut le mettre dans des conditions hygiéno-diététiques lui permettant de les éviter, d'où l'intérêt de faire le diagnostic précoce de cette primo-infection.

Or, d'après les recherches les plus modernes, il semble que la pleurésie puisse très fréquemment le permettre.

Déjà, dès la fin de la guerre, elle était signalée parmi les manifestations de la primo-infection chez les transplantés. BROQUET et MORÉNAS en rapportent 22 observations.

Mais on pensait que la primo-infection chez l'adulte ne pouvait se rencontrer que sur des races neuves ayant pu échapper à la contamination forcée des grands centres européens; et précisément, la pleurésie est une maladie de l'adolescence ou de la jeunesse, donc d'un âge où la tuberculisation devait forcément être ancienne.

Cette conception fut d'abord modifiée par les travaux des auteurs scandinaves qui montrèrent, par l'observation clinique et l'emploi systématique des réactions tuberculiniques, la fréquence de la primo-infection tuberculeuse tardive.

Ils étaient guidés dans leurs recherches par la pensée que leurs sujets avaient davantage de chances d'avoir pu échapper à la tuberculisation que les habitants des grandes villes à population dense.

Ils rattachèrent ainsi à la primo-infection de nombreuses manifestations cliniques, parmi lesquelles la pleurésie.

Leurs travaux ont complètement changé nos conceptions de faits qui jusque-là paraissaient inexplicables.

En France, on a repris les études sur l'index de tuberculisation, non plus seulement chez les enfants, mais dans les Universités, les casernes, les hôpitaux. En comparant les résultats avec les statistiques anciennes, on a observé *un recul de l'index de tuberculisation* : alors qu'autrefois on donnait 95 % de cuti-réactions positives après 20 ans, COURCOUX et ALIBERT ont trouvé que 31 % des étudiants en médecine et 20 % des infirmières ne réagissaient pas à la tuberculine au début de leurs études. Ce progrès a été obtenu grâce à la lutte antituberculeuse et aux mesures nouvelles de prophylaxie sociale.

En étudiant ces statistiques, et en suivant les sujets récemment allergiques, on a vu apparaître de temps à autre une manifestation pleurale qui réalise en tous points ce que la clinique avait depuis longtemps appelé la pleurésie autonome.

Cette constatation a été faite en même temps par COURCOUX et ALIBERT et par VAUCHER; leurs observations sont venues corroborer celles des médecins norvégiens.

Tous les auteurs se sont donc rencontrés pour montrer que la pleurésie se produit souvent très peu de temps après le virage tuberculinique, et qu'elle peut être alors *la première manifestation clinique de la primo-infection*.

Nous allons essayer de contrôler ce fait à l'aide de nos observations.

PLEURESIES DE PRIMO-INFECTION

Nous avons pu récolter quelques observations dans lesquelles la pleurésie est *certainement* une manifestation de la primo-infection. Ce sont celles où nous avons eu la preuve indiscutable que le sujet était antérieurement indemne de toute tuberculose.

Cette preuve, en l'état actuel des connaissances, ne peut être donnée que par les réactions tuberculiniques. Elles doivent donc être exigées chaque fois que l'on parle de primo-infection .

LES REACTIONS TUBERCULINIQUES

Les réactions tuberculiniques habituellement employées sont la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction.

1. - La Cuti-Réaction

découverte par VON PIRQUET en 1907, est aujourd'hui d'une pratique courante, grâce à sa technique si facile, à la portée de tous.

Positive, elle affirme la fixation d'un bacille tuberculeux vivant dans l'organisme, mais ne donne aucune précision sur le caractère évolutif de la tuberculose, sauf chez les très petits enfants.

Négative, elle est d'interprétation plus délicate et de-

mande à être répétée pour avoir toute sa valeur. Si normalement en effet, elle signifie que le sujet est indemne de toute lésion bacillaire, il faut connaître quelques exceptions à cette règle :

a) Les cuti-réactions pratiquées pendant la période ante-allergique restent négatives, et cependant le sujet est déjà tuberculisé.

b) Certaines causes occasionnelles (rougeole, typhoïde, grippe, etc...) peuvent rompre l'équilibre instable constitué par l'allergie, et le remplacer par une *anergie transitoire*, au cours de laquelle la tuberculino-réaction cutanée reste négative.

c) Enfin, chez quelques sujets tuberculisés, la cuti-réaction peut manquer de sensibilité; il faut la répéter pour qu'elle devienne positive.

2. - L'Intra-Dermo-Réaction

de MANTOUX, de même signification que la cuti, est plus sensible qu'elle, surtout avec les solutions concentrées au 1/100^e, au 1/10^e. Elle devra donc être pratiquée chaque fois qu'on hésite sur le sens d'une cuti-réaction.

Quelques discussions se sont élevées sur la valeur de ces réactions tuberculiques : certains ont pensé que des sujets soumis à des contaminations minimales et répétées pouvaient conserver une cuti-réaction négative; d'autres ont soutenu qu'on pouvait voir, chez des sujets allergiques depuis longtemps, la cuti-réaction redevenir négative. Ces discussions sont restées sans écho.

Actuellement, peut-être certains auteurs pensent-ils que la cuti-réaction se trouve parfois en défaut, mais la grande majorité se rallie à l'opinion de CALMETTE : une *cuti-réac-*

tion positive affirme la présence d'un bacille tuberculeux vivant fixé dans l'organisme, et tout sujet qui a été tuberculisé au moins une fois dans sa vie reste allergique. C'est en raison de cette définition que COURCOUX et ALIBERT ont proposé d'appeler le début de l'infection tuberculeuse « *primo-fixation* », et non « *primo-infection* », terme beaucoup trop vague.

La valeur de la cuti-réaction peut d'ailleurs se vérifier facilement lorsqu'on arrive à saisir l'époque de son passage du négatif au positif à la suite d'un contage certain.

Pour être indiscutable, ce virage doit être contrôlé d'une manière rigoureuse. Nous indiquerons la technique préconisée par COURCOUX dans les examens prophylactiques des étudiants et infirmières :

1° Toute cuti-réaction négative doit être contrôlée par d'autres cuti-réactions et souvent par une intra-dermo-réaction de MANTOUX. La cuti-réaction doit être répétée à intervalles réguliers.

2° Une radiographie pulmonaire doit être faite aux sujets dont la cuti-réaction s'est avérée négative afin de pouvoir servir ultérieurement de point de comparaison.

3° Lorsque la cuti-réaction devient positive, il est nécessaire de répéter régulièrement les examens cliniques et radiographiques.

C'est en employant ce procédé que COURCOUX et ALIBERT ont pu étudier de façon précise la primo-infection; le virage de la cuti-réaction leur en a donné la date; la comparaison des radiographies faites avant et après ce virage leur a permis dans certains cas d'en dépister la localisation; la surveillance du sujet leur en a indiqué le retentissement clinique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Par le même procédé, nous avons pu observer quelques pleurésies survenant certainement au cours de la primo-infection.

Nous les classerons suivant la durée de l'intervalle qui les sépare de la dernière constatation d'une cuti-réaction négative.

Dans un premier cas, nous avons vu la cuti-réaction virer au cours même de l'évolution de la pleurésie.

OBSERVATION 1. — H. Michel, 12 ans.

Père mort tuberculeux 9 ans auparavant; sans aucun contact.

Aucun autre antécédent à signaler; avait toujours été bien portant.

Le 20 juin 1936 : poussée thermique à 39°9 avec point de côté à droite, toux, abattement.

Des signes de *pleurésie droite* se constituent rapidement.

La cuti-réaction est négative.

La ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux avec de nombreux lymphocytes, quelques polynucléaires, quelques hématies, des placards endothéliaux. Il n'y a pas de germes visibles et les cultures sont négatives. On dose 29 grs d'albumine par litre.

Il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Les urines contiennent de légères traces d'albumine.

On prescrit le repos complet, des enveloppements thoraciques humides, de légères doses d'antipyrine en suppositoire.

Le 24 juin, la température oscille de 38° à 39°9; les signes d'épanchement se sont complétés.

Une deuxième cuti-réaction est négative.

La radiographie montre une opacité du quart inférieur de l'hémithorax droit, à limite supérieure nette. L'image pulmonaire est normale.

Le 27 juin, la température commence à descendre par oscillations; les signes d'épanchement ne se sont pas modifiés.

Une troisième cuti-réaction est faiblement positive.

On prescrit 6 gr. de chlorure de calcium par jour.

Le 6 juillet, la température, après sa descente progressive, a atteint 37°. L'épanchement semble être résorbé. On arrête toute thérapeutique.

Le 12 juillet, la guérison semble réelle.

Une quatrième cuti-réaction est franchement positive.

La radiographie atteste la résorption du liquide : il ne persiste qu'une légère ombre de la base droite.

Le hile droit est très chargé avec des images arrondies d'aspect ganglionnaire.

Le parenchyme est normal.

Le malade sort de l'hôpital le 13 juillet; il n'a pu être suivi.

Voici donc une pleurésie primitive aiguë, cyclique, et curable en trois semaines, qui est manifestement une pleurésie de primo-infection : nous avons vu la cuti-réaction virer au cours même de son évolution. Malheureusement, elle est très incomplète :

— d'une part, l'absence d'examens antérieurs permet le doute; la négativité de la cuti-réaction peut être due à un état d'anergie transitoire ou à une erreur de technique. Il semble cependant ici que l'image radiologique typique de complexe ganglio-hilaire permette d'éliminer une infection très ancienne.

— d'autre part, les examens pratiqués sont trop sommaires pour lui donner un gros intérêt doctrinal.

Ce cas est le seul où nous avons observé le virage de la cuti-réaction au cours de la pleurésie. Ordinairement, lorsque celle-ci apparaît, l'allergie est déjà installée; la connaissance des réactions antérieurement pratiquées va nous permettre de déterminer son ancienneté.

Remarquons qu'étant donné l'intervalle parfois long

entre la dernière réaction pratiquée et la pleurésie, le chiffre que nous donnons est égal ou plus souvent supérieur à la réalité; il est d'autant plus exact que les réactions ont été plus souvent pratiquées.

Voici d'abord deux observations où cet intervalle est très court : 3 mois dans l'une, 4 mois dans l'autre. La pleurésie y est indiscutablement la première manifestation extériorisant le virage de la cuti-réaction.

OBSERVATION 2. — B... Lucien, 11 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Aucun contact connu.

En septembre 1936 : *la cuti-réaction est négative.*

Le 16 décembre 1936 : *pleurésie droite à début brutal.*

La ponction exploratrice est positive.

Le 20 décembre, la température commence à descendre; l'épanchement est de moyenne abondance.

La cuti-réaction est positive.

Le 28 décembre, la température oscille encore autour de 38°.

La *radiographie* montre, outre une légère opacité de la base droite, des ombres hilaires un peu accentuées.

Le parenchyme est normal.

Le 9 janvier, la température est normale; le liquide est complètement résorbé.

Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 3. — C... Marcel, 10 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En juin 1934 : *cuti-réaction négative.*

En octobre 1934 : *pleurésie gauche à début brutal.*

La ponction exploratrice est positive.

La cuti-réaction est positive.

Après trois semaines d'évolution, le liquide se résorbe rapidement, et la convalescence commence.

La *radiographie*, au début de janvier, montre une image thoracique sensiblement normale, sauf la base gauche encore obscurcie.

On envoie alors le malade dans un préventorium à Mégève; il en revient complètement guéri après un séjour de 3 mois, ne gardant que des séquelles radiologiques insignifiantes : un sinus gauche qui s'ouvre imparfaitement.

Dans les observations suivantes, la date exacte de la primo-fixation est plus difficile à déterminer, car les réactions à la tuberculine n'ont pas été suffisamment répétées.

OBSERVATION 4. — P... Yvonne, 7 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Aucun contact connu.

En février 1932 : *cuti-réaction négative*; radiographie pulmonaire normale

En janvier 1933 : *pleurésie droite* à début brusque; ponction exploratrice positive.

Cuti-réaction positive.

L'évolution se fait en un mois vers la guérison.

De mai à septembre 1933, la malade fait un séjour de cinq mois dans un préventorium de Seine-et-Oise.

Revue en octobre 1935, elle était en parfaite santé.

Aucun élément ne nous permet, dans cette observation, de préciser la date exacte du virage tuberculinique. On sait seulement qu'il s'est produit dans l'année précédant la pleurésie. Mais il y a lieu d'insister sur le fait qu'il ne s'est accompagné d'aucun autre accident clinique, et que seule la pleurésie a permis de le connaître.

OBSERVATION 5. — H... Anne-Marie, 12 ans.

Antécédents familiaux :

— Un frère de 17 ans est en sanatorium depuis février 1934. La malade a été en contact avec lui pendant 9 mois avant son départ en sanatorium.

— Un frère de 11 ans a eu une pleurésie en juillet 1934 ; il est, depuis le mois d'août, en préventorium.

— Trois autres sœurs bien portantes.

Antécédents personnels : rien à signaler.

En janvier 1934, *la cuti-réaction était négative* ; la radiographie pulmonaire normale.

Le 19 janvier 1935 : début brutal avec fièvre élevée d'une *pleurésie droite*, séro-fibrineuse, peu abondante.

La cuti-réaction est positive.

La réaction de Vernes montre une D. O. = 30.

A partir du 1^{er} février, la température descend, et le liquide amorce sa résorption.

Le 19 février, la température est normale ; le liquide est résorbé ; la guérison semble obtenue. La réaction de Vernes montre une D. O. = 6.

La malade n'a pu être suivie.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue.

Remarquons d'abord l'importance de la contagion familiale : un des frères de la malade a eu, dans les mêmes conditions mais plus précocement qu'elle, une pleurésie séro-fibrineuse. Il est regrettable qu'on n'ait pas fait de cuti-réaction aux autres enfants.

Remarquons également la présence d'une cuti-réaction encore négative après 9 mois d'exposition. Le premier contage n'est donc pas toujours le contage infectant. C'est une année seulement après la dernière cuti-réaction négative qu'est survenue la pleurésie ; mais ici, la contamination remontant également à un an, il est probable que le virage tuberculinique s'est produit peu après.

Dans l'observation suivante, nous avons également la notion d'un contage : stage d'infirmière hospitalière, mais l'intervalle est trop long entre la dernière cuti-réaction négative et la pleurésie pour que nous puissions connaître exactement la date de la primo-fixation. Celle-ci a dû se

produire avant la fin des stages hospitaliers, en novembre, soit approximativement 14 à 9 mois avant la pleurésie.

OBSERVATION 6. — S... Jeanne, 27 ans, infirmière.

Aucun antécédent à signaler.

Cinq ou six cuti-réactions ont été pratiquées de 1932 au printemps 1934. Elles ont été *négatives*.

La malade faisait alors ses études d'infirmière.

Elle termine son dernier stage hospitalier en novembre 1934.

Le 15 juillet 1935, elle contracte une *pleurésie gauche* à début brusque qui évolue spontanément vers la résorption en trois semaines. *La cuti-réaction est positive*.

La radiographie ne décèle pas de lésion parenchymateuse.

En octobre 1935, la malade peut partir pour un préventorium de Mégève. Après un séjour de six mois, sa guérison est consolidée; il ne persiste pas de séquelle pleurale.

Voici donc 6 observations où nous avons pu situer la pleurésie à une date proche de la primo-fixation. Nous l'avons trouvée :

une fois contemporaine ;

une fois 3 mois après ;

une fois 4 mois après ;

trois fois environ un an après,

ces chiffres étant plutôt supérieurs à la durée réelle de l'intervalle.

Ces pleurésies rentrent donc dans le cadre de la primo-infection, et d'une primo-infection certaine, contrôlée par les réactions tuberculiniques. Elles en ont été la seule manifestation clinique.

Remarquons d'ailleurs qu'elles ont présenté tous les caractères des accidents de primo-infection :

- leur début a été brutal,
- leur évolution thermique a été rapide,
- la résorption liquidienne était terminée en moins de un mois,
- les examens radiologiques n'ont pas décelé de lésions pulmonaires, et même une fois il y avait une réaction ganglio-hilaire manifeste,
- enfin les séquelles étaient inexistantes.

OBSERVATIONS RAPPORTEES

Nos observations sont trop peu nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions intéressantes; nous en rapprocherons d'analogues déjà publiées.

Les trois observations suivantes nous ont été communiquées par COURCOUX et ALIBERT; il s'agit d'étudiants en médecine examinés à titre prophylactique avant le début de leurs stages, et chez lesquels on a pu observer de façon particulièrement précise le virage de la cuti-réaction.

OBSERVATION I. — D. G., 20 ans.

Examen avant le stage (21 octobre 1934). Bon état général. Radiographie thoracique normale. *Cuti-réaction négative.*

4 février 1935 : *Cuti* +++ . Aucune altération de l'état général. Radiographie normale.

Vers le début de mars : Légère fatigue générale. Point de côté intermittent à la base droite. Frottements pleuraux discrets à ce niveau. Aucune anomalie radiologique.

Au milieu d'avril 1935 : apparition d'une *pleurésie* à début brusque, avec frissons, point de côté, fièvre à 39°8; l'épanchement, de moyenne abondance, n'a pas nécessité de ponction.

Depuis lors, l'amélioration se poursuit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION II. — C. N., 21 ans.

Examen avant le stage (7 octobre 1933) : aucune anomalie. Radiographie normale. *Cuti-réaction négative*. Poids : 69 kgs 800.

Pendant toute l'année 1934, la cuti-réaction plusieurs fois reste négative ; le poids monte progressivement.

Au début de février 1935, court « épisode grippal » de trois jours.

L'étudiant est revu le 23 février 1935 ; bon état général ; aucun signe pathologique ; radiographie inchangée, mais *cuti-réaction +++*.

Au début d'avril : point de côté à la base droite, asthénie, amaigrissement léger.

Le 18 juin 1935 : on constate un *syndrome pleural* de la base droite, clinique et radiographique, mais discret. La température oscille entre 37° et 38°. Poids : 69 kgs 900.

OBSERVATION III. — C. M., 19 ans.

Examen avant le stage (19 octobre 1934) : bon état général. Poids : 67 kgs 200. Radiographie pulmonaire normale. *Cuti-réaction négative*.

29 janvier 1935 : état général très bon. Poids en augmentation : 68 kgs 100. Radiographie inchangée. *Cuti ++*.

19 février 1935 : mêmes constatations. Le poids a encore augmenté : 68 kgs 600.

12 juin 1935 : depuis 8 jours, point de côté gauche. La température est à 39°. Le poids a baissé : 66 kgs 300. On constate un *syndrome pleural* gauche peu abondant. La ponction ramène un liquide typique séro-fibrineux lymphocytaire. A la base droite, on entend quelques frottements pleuraux.

Dans ces trois observations, nous observons la pleurésie deux, quatre et six mois après le virage tuberculinique dont elle a été la seule manifestation clinique.

VAUCHER a publié des observations analogues, qu'il a eu l'obligeance de bien vouloir nous laisser reproduire ici :

OBSERVATION I. — Mlle V... est examinée à deux reprises, en mai 1934, parce qu'elle fait un stage comme infirmière dans un service de tuberculeux. *Deux cuti-réactions*, faites à quinze jours d'intervalle, *sont négatives*. On arrête le stage.

En août 1934, cette jeune fille fait un épisode fébrile d'une quinzaine de jours, accompagné de troubles digestifs, suivi d'une *pleurésie sèche de la base gauche*.

Une cuti-réaction est fortement positive fin septembre 1934.

Une radiographie, faite le 2 octobre, montre une adénopathie hilare bilatérale indiscutable, un effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche avec légère obscurité de la base gauche.

Depuis l'automne 1934, cette jeune fille va parfaitement bien; elle a passé à la montagne l'hiver 1934-35; une dernière radiographie est tout à fait normale.

OBSERVATION II. — Mlle J. G..., étudiante en médecine.

En 1935, lors de son stage dans le service des tuberculeux, *deux cuti-réactions ont été négatives*.

En mars 1936 : fatigue. *La cuti-réaction est fortement positive*, la sédimentation globulaire nettement trop accélérée, mais la radiographie tout à fait normale.

Fin avril 1936 : *petit épanchement pleural* de la base gauche.

Cette pleurésie a suivi un cours normal ; après la résorption de l'épanchement, la malade va se soigner au Sanatorium des étudiants. Elle y fait un séjour de quatre mois, puis, complètement guérie, peut reprendre ses études de médecine.

OBSERVATION III. — M..., étudiant en médecine.

Avait une *cuti-réaction négative* en 1935.

En juin 1936, *sa cuti devient positive*, et on constate la présence d'un *petit épanchement pleural*.

On envoie le malade à la campagne. Il va bien actuellement.

OBSERVATION IV. — Mlle H..., âgée de 18 ans.

Appartient à une famille très aisée, a toujours vécu dans d'excellentes conditions hygiéniques.

En décembre 1932, sa *cuti-réaction* était négative.

Elle a trois sœurs dont la cuti était également négative à la même époque ; un frère de 20 ans dont la cuti était positive.

En août 1933, cette jeune fille quitte Strasbourg pour aller à Paris dans sa famille.

En mai 1934 : *pleurésie séro-fibrineuse* gauche avec épanchement citrin et lymphocytaire. Une radiographie montre un empâtement de la région hilare gauche où l'on distingue nettement un volumineux ganglion.

Après quelques semaines de fièvre, la température redevient presque normale, lorsque survient un empâtement douloureux des synoviales tendineuses de la face dorsale du poignet droit, du reste passager, et dont la nature exacte n'a pu être précisée.

En août 1934, cette jeune fille contracte les oreillons, et presque aussitôt survient une *deuxième pleurésie* avec épanchement du côté droit. La seconde pleurésie a duré plusieurs mois et a guéri. Elle s'est compliquée de péritonite tuberculeuse.

Actuellement, cette jeune fille va parfaitement bien, mais les manifestations de contamination tuberculeuse ont duré plus de deux ans.

Ces quatre observations montrent nettement que la pleurésie est le premier signe clinique permettant le diagnostic de l'infection tuberculeuse récente. A ce point de vue, la première est la plus typique, car elle nous donne avec précision la date du contagé ; et c'est après deux mois d'incubation que la primo-fixation s'est extériorisée sous la forme d'une pleurésie.

Il est vrai qu'il s'agit d'une forme sèche simplement plus étendue que les réactions scissurales banales de la de la primo-infection; elle n'en a que plus d'intérêt, car elle sert d'intermédiaire entre les scissurites légères et les atteintes séreuses graves.

STIASSNIE publie également deux observations très démonstratives d'enfants de 12 ans dont la cuti-réaction était négative un an avant la pleurésie. Nous nous permettons de les reproduire ici, après les avoir résumées :

OBSERVATION I. — B. Raymond, 12 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires, rien de particulier dans les antécédents personnels. *Cuti-reaction négative en janvier 1931.*

En décembre de la même année, en pleine santé apparente, début brusque avec température à 40° d'une *pleurésie droite* peu abondante. La ponction exploratrice ramène un liquide citrin avec lymphocytose typique.

L'évolution des accidents se fait en trois semaines environ. L'enfant est alors envoyé en cure d'air ; il en revient après un séjour de quatre mois complètement guéri.

OBSERVATION II. — D. André, 12 ans.

Par d'antécédents tuberculeux ; rien de particulier dans les antécédents personnels.

Cuti-réaction négative en mars 1934.

Le 24 avril 1935, début brusque avec fièvre élevée à 39° d'une *pleurésie gauche*.

La température se maintient élevée à 39°-40° pendant 9 à 10 jours, puis fait place à une fièvre modérée mais persistante. Le 8 mai 1935, il vient consulter au dispensaire : épanchement de moyenne abondance qui persiste un mois environ.

Envoyé en cure pendant cinq mois, il revient en très bon état qui s'est maintenu depuis.

Toutes ces observations sont semblables aux nôtres; elles affirment l'existence des pleurésies de primo-infection et montrent bien leur allure aiguë et bénigne. Dans tous ces cas en effet, la guérison a été obtenue rapidement et sans séquelles. Seule, l'observation IV de VAUCHER fait exception : nous y voyons la pleurésie récidiver, puis se compliquer de péritonite tuberculeuse. Mais il est permis de se demander si la deuxième pleurésie n'a pas été favorisée par les oreillons dont l'influence anergisante est possible. Ce serait une preuve de plus de la nécessité de surveiller l'état général des pleurétiques, et de les mettre à l'abri de toute contamination extérieure.

Mais ces observations de pleurésies de primo-infection restent peu nombreuses. Cela tient sans doute à ce que la pratique de la cuti-réaction n'est pas encore généralisée comme elle devrait l'être. Quand elle fera partie de tous les examens prophylactiques, il est probable que ces cas si peu fréquents deviendront d'observation courante.

Dans les pays scandinaves, en effet, où on pratique depuis longtemps déjà des cuti-réactions systématiques sur une grande échelle, la fréquence des pleurésies parmi les manifestations de primo-infection a depuis longtemps frappé les auteurs.

SCHEEL, dès 1927, la signale. Il étudie systématiquement l'index de tuberculisation suivant l'âge par la méthode des cuti-réactions en série. Il compare sa courbe à la courbe de fréquence des pleurésies pour la même période, et conclue qu'il y a un rapport étroit entre l'infection tuberculeuse récente et le nombre des cas de pleurésies.

Suivant ensuite l'infection tuberculeuse chez 617 étudiants en médecine à Oslo, il sépare ceux-ci en trois groupes au début de leurs études.

Groupe I : étudiants ayant une cuti positive avant de commencer leur stage.

Groupe II : étudiants ayant une cuti négative.

Groupe III: étudiants qui, ayant une cuti négative avant de commencer leur stage, on reçu du B.C.G.

La fréquence de la pleurésie chez ces étudiants est donnée ainsi :

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Total des étudiants ..	250	127	240
Nombre de pleurésies:			
Avant l'exposition	2	0	0
Après l'exposition	2	11	4

« Il ressort de ce tableau que la pleurésie est relativement fréquente chez les récemment infectés (Groupes II et III), ce qui s'accorde avec l'idée qu'on se fait de la pleurésie, localisation assez précoce de l'infection tuberculeuse ».

SHEEL remarque également que l'âge habituel des pleurésies est de 16 à 20 ans, alors que la tuberculose pulmonaire sévit au maximum de 20 à 25 ans. Ce retard peut être dû à un diagnostic plus difficile, mais il le considère plutôt comme un nouvel argument en faveur de la fréquence des pleurésies au cours de la primo-infection.

Cette fréquence semble être environ 4 % des primo-infections tuberculeuses tardives.

KRISTENSON, étudiant l'infection tuberculeuse des élèves infirmières de l'Hôpital d'Upsal, considère la pleurésie comme étant avec l'érythème noueux une des manifestations les plus habituelles de la primo-infection.

HEIMBECK rapporte, sur 56 cas de tuberculose initiale chez les infirmières, 12 pleurésies et 12 érythèmes noueux.

Ces chiffres plus élevés montrent que les pleurésies telles que nous les avons observées ne sont pas des exceptions ; lorsqu'on pourra, comme en Norvège, contrôler efficacement les débuts de l'infection tuberculeuse, grâce à la pratique plus étendue des cuti-réactions dans les collectivités, on les trouvera sans nul doute avec une aussi grande fréquence.

On ne peut pas nier qu'elles soient des pleurésies de primo-infection : elles ont tous les caractères des autres manifestations de la primo-infection, l'aspect clinique brutal, la terminaison rapide avec *restitutio ad integrum*, le pronostic d'avenir excellent lorsque le repos et l'hygiène nécessaires ont été respectés pendant la convalescence.

Cependant, quelques-unes peuvent prêter à discussion : ce sont celles qui sont retardées par rapport au virage tuberculinique. Elles peuvent être secondaires à une autre localisation tuberculeuse restée latente. La solution de ce problème relève de la pathogénie qui, nous l'avons vu, est particulièrement difficile et délicate. En fait, elle a peu d'intérêt : le point important au point de vue clinique est que *la pleurésie est le premier signe venant extérioriser l'infection tuberculeuse*, et qu'elle l'extériorise précocement.

C'est de ce point que découlent les indications pronostiques et thérapeutiques.

LES PLEURESIES

DES SUJETS TUBERCULISES DEPUIS LONGTEMPS

A l'opposé de ces pleurésies de primo-infection, nous avons trouvé des pleurésies chez des sujets manifestement tuberculisés depuis longtemps. Nous les rapportons ici afin de pouvoir les comparer avec les précédentes.

La tuberculisation du sujet nous a été révélée :

- soit par des réactions tuberculiniques positives antérieurement,
- soit par des antécédents personnels éloignés de tuberculose,
- soit par une contamination ancienne et prolongée.

1. - Réactions tuberculiniques antérieures

Nous n'avons trouvé qu'une observation où il soit précisé que la cuti-réaction était positive trois ans avant la pleurésie.

OBSERVATION 7. — D. Marie-Paule, 21 ans. Elève infirmière. Aucun antécédent personnel ou familial à signaler.

En 1933, lors de son entrée à l'école d'infirmières, *la cuti-réaction avait été positive.*

Les stages s'étaient ensuite accomplis normalement.

En août 1935, *pleurésie gauche* à début brutal, qui évolue rapidement vers la résorption.

La radiographie, faite peu de temps après, montre, outre une légère obscurité de la base gauche, une opacité parahilaire gauche à type d'interlobite.

En novembre 1935, on envoie la malade au préventorium de Mégève. Elle y reste 8 mois et demi, et en sort en parfaite santé.

Néanmoins, elle garde des séquelles radiographiques : sinus gauche obstrué, interlobite scléreuse, qui paraissent fixées mais restent à surveiller.

2. - Antécédents personnels éloignés

Nous n'en avons trouvé que quatre cas, tant les antécédents des pleurétiques sont pauvres, et dans ces quatre cas, il s'agit d'une tuberculose extra-pulmonaire.

Cette si faible proportion ne vient pas fournir un argument en faveur de la fréquence des pleurésies de primo-infection ? Ce serait un fait curieux qu'aucun des autres pleurétiques, s'il était tuberculisé depuis longtemps, n'ait jamais eu le moindre accident ayant permis le diagnostic de cette tuberculisation.

OBSERVATION 8. — R... Jean, 20 ans.

Aucun antécédent à signaler dans la famille.

En 1929 : *typho-bacillose* caractérisée.

En février 1932, *pleurésie gauche* à évolution un peu traînante. Cuti-réaction positive.

Le malade, restant longtemps subfébrile, ne peut partir qu'en septembre 1932 pour le préventorium de Mégève.

Il y fait un séjour de dix mois et revient avec un excellent état général, mais il conserve des séquelles radiologiques importantes.

OBSERVATION 9. — D... Robert, 19 ans, employé de commerce.

Mère morte de tuberculose pulmonaire : contact prolongé.

En 1922 aurait eu des ganglions trachéo-bronchiques avec fièvre traînante. Cette affection a nécessité un séjour de six mois en préventorium.

En 1932 : *pleurésie droite* traitée par des injections de sels d'or. Evolution fébrile de six semaines ; la résorption reste incomplète, les séquelles importantes.

Le malade fait alors un séjour de trois mois à Mégève ; il en part amélioré mais toujours avec de grosses séquelles.

OBSERVATION 10. — D... Andrée, 24 ans, aide-chimiste.

Antécédents familiaux : mère tuberculeuse, une sœur morte de tuberculose pulmonaire en 1934. Contact prolongé.

Antécédents personnels : en 1930-31. *péritonite tuberculeuse* à forme ascitique.

En juin 1934 : *pleurésie droite* avec liquide qui se résorbe mal ; *récidive* en novembre 1934.

Le 15 décembre 1934, la température est normale, l'état général assez bon, la cuti-réaction positive ; la radiographie montre de grosses séquelles pleurales de la base droite : diaphragme très remonté, sinus bouché, opacité de la base.

La malade part alors pour le préventorium de Mégève.

L'acclimatement est difficile ; néanmoins les séquelles diminuent. Après sept mois de cure, elles sont cependant encore très marquées.

OBSERVATION 11. — D... Jeanne, 9 ans.

En 1918 : *mal de Pott* ayant nécessité un séjour de deux ans à Berck, et qui laisse une gibbosité dorso-lombaire marquée.

En mars 1925, à la suite d'une réaction de Bordet-Wassermann douteuse, on met l'enfant au traitement : injections intra-veineuses de novarsénobenzol.

En juin 1925, début lentement progressif d'une *pleurésie de la base gauche* peu abondante.

L'examen montre une participation pulmonaire congestive.

La cuti-réaction est positive.

La résorption se fait en un mois et demi sans séquelles.

On peut se demander dans cette observation si les injections arsénicales n'ont pas joué un rôle dans la formation de la pleurésie chez un tuberculeux.

3. - Contage familial ancien

Ici nous avons groupé les sujets ayant été en contact suffisamment intime et prolongé avec un tuberculeux contagieux pour que leur contamination ait été très probable.

Dans un premier groupe, nous mettrons les observations dans lesquelles la contagion a cessé depuis longtemps lorsqu'apparaît la pleurésie. Donc, même en admettant que la primo-fixation du virus tuberculeux se soit produite à la fin du contact, la pleurésie n'en est pas moins très postérieure à elle.

OBSERVATION 12. — G... Jean, 12 ans.

Mère morte de tuberculose pulmonaire en 1933 ; a toujours vécu avec l'enfant.

En juillet 1934 : point de côté, fatigue, amaigrissement ; ces signes se précisent petit à petit, et au début d'août, s'est constitué un assez volumineux *épanchement pleural droit*. La cuti-réaction est positive.

L'évolution se fait en un mois environ vers la résorption, mais la température reste décalée.

L'enfant n'a pu être suivi.

OBSERVATION 13. — B... Charlotte, 35 ans.

Contact : *mari tuberculeux*, mort en décembre 1933.

En 1931 et en avril 1933, deux examens physique et radiologique négatifs.

Le 26 avril 1935 : *pleurésie gauche* qui évolue lentement vers la résorption (3 mois). Les séquelles restent importantes.

D'août 1935 à mars 1936, la malade fait un séjour de sept mois au préventorium de Mégève ; elle en revient très améliorée au point de vue général, mais conserve encore des séquelles pleurales importantes.

OBSERVATION 14. — N... Georges, 16 ans, étudiant.

Père mort tuberculeux en mai 1930. Contact prolongé.

En décembre 1933 : *pleurésie bilatérale*. Evolution en deux mois vers la résorption.

Les séquelles sont peu importantes, mais il persiste des ombres hilaires exagérées.

La cuti-réaction est positive.

De juin à décembre 1934, le malade fait une cure à Mégève. Il en part en parfaite santé, sans séquelles.

OBSERVATION 15. — M... Louis, 23 ans, vernisseur.

Antécédents familiaux : *mère et un frère morts de tuberculose pulmonaire*. Contact quelques mois.

En juin 1934 : *pleurésie droite* abondante, ayant nécessité deux ponctions de 250 à 500 cc.

La résorption s'est faite en trois mois en laissant de très grosses séquelles pleurales.

La cuti-réaction est positive.

En mars 1935, le malade part encore très fatigué pour le préventorium de Mégève. Il y reste 18 mois, et, bien que très amélioré, conserve un reliquat pleural encore important.

OBSERVATION 16. — F... Edouard, 19 ans, employé de commerce.

Père mort de tuberculose en 1927. Contact.

En septembre 1934 : *pleurésie gauche* qui se résorbe en un mois sans séquelle. La cuti-réaction est positive.

Le malade fait ensuite une cure de six mois et demi au préventorium de Mégève. Il en sort en excellente santé.

OBSERVATION 17. — R... Yvette, 20 ans, sténo-dactylo.

Père mort tuberculeux en 1921.

En décembre 1933 : *pleurésie droite* qui évolue en un mois vers la guérison sans séquelle.

Cuti-réaction positive.

En juillet 1934 : la malade part pour le préventorium de Mégève. L'acclimatement est difficile en raison d'une fébricule persistante.

Néanmoins, après un séjour de 10 mois, elle en sort en excellente santé.

OBSERVATION 18. — D... Andrée, 23 ans.

Mère morte tuberculeuse quand l'enfant avait 4 ans ; contact jusqu'à ce moment.

En janvier 1933 : *pleurésie gauche* très importante : a nécessité une ponction évacuatrice de 800 cc ; la fièvre s'est maintenue très élevée pendant un mois, puis descendu progressivement pour atteindre 37° vers la fin de mars.

Cuti-réaction positive.

En juillet la température est stable ; le liquide est complètement résorbé ; il reste des séquelles radiologiques importantes.

La malade part alors pour le préventorium de Mégève ; elle y reste 5 mois, et en sort en parfaite santé. Les séquelles radiologiques sont minimales.

A ces observations, dans lesquelles le contagement a cessé depuis un temps plus ou moins long quand apparaît la pleurésie, nous en avons joint où nous avons seulement la notion de contamination, sans précision de date.

Etant donné les circonstances, il semble que cette contamination soit ancienne et prolongée, mais nous ne pouvons savoir si elle est vraiment à l'origine de la tuberculisation.

Ce groupe de pleurésies tardives contient donc un chiffre d'observations plutôt supérieur à la réalité.

OBSERVATION 19. — M.. Renée, 19 ans, couturière.

Grand'mère tuberculeuse, en contact depuis longtemps.

Le 5 juillet 1935 : *pleurésie gauche* à début brutal hyperthermique. Ponction exploratrice positive. Evolution rapide vers la résorption avec un minimum de séquelles.

Apyrexie à partir du 27 juillet.

La malade fait alors une cure de 4 mois au préventorium de Mégève, et en sort en excellente santé.

OBSERVATION 20. — L... Roger, 29 ans, tapissier.

Père mort de tuberculose pulmonaire.

Le 10 janvier 1935 : *pleurésie gauche* à évolution un peu traînante.

En mars, il persiste encore des frottements étendus, et une obscurité radiologique importante.

Le malade va se reposer dans l'Oise, et en mai peut partir pour le préventorium de Mégève.

Il le quitte au bout d'un mois car on ne notait aucune amélioration ; les séquelles pleurales restaient très importantes, et l'apex gauche présentait une zone légèrement opaque à surveiller.

OBSERVATION 21. — N... Mathilde, 8 ans.

Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Contact certain dû à de très mauvaises conditions d'habitation.

Le 2 mars 1927 : début brutal d'une *pleurésie droite* peu étendue. Cuti-réaction fortement positive.

Evolution en 3 semaines vers la guérison. Il ne persiste que des séquelles radiologiques minimes.

OBSERVATION 22. — F... Jean, 19 ans, Métreur.

Une sœur morte de tuberculose pulmonaire en 1933 ; une autre sœur actuellement en sanatorium.

En septembre 1934 : *pleurésie droite* qui évolue en un mois vers la guérison. La cuti-réaction est positive.

Les séquelles radiologiques sont très importantes : voile de la base, sinus droit qui s'ouvre mal.

Le malade fait une cure de 6 mois au préventorium de Mé-

gève ; il en sort très amélioré, mais conserve des séquelles encore notables.

Il n'a pu être suivi.

OBSERVATION 23. — B... Jacques, 20 ans.

Grands-parents décédés de tuberculose; un frère actuellement tuberculeux, en contact.

En mars 1935 : *pleurésie gauche* séro-fibrineuse, qui évolue normalement vers la résorption. La cuti-réaction est positive.

Le malade fait une cure de 7 mois au préventorium de Mégève. Il en sort en parfait état. Les séquelles pleurales sont insignifiantes.

OBSERVATION 24. — C... Jean, 21 ans, garçon boucher.

Mère morte tuberculeuse.

En avril 1933 : *pleurésie droite* qui évolue en un mois vers la résorption, ne laissant que des séquelles peu importantes.

La cuti-réaction est positive.

De juillet à septembre, le malade va se reposer dans l'Oise, puis part pour le préventorium de Mégève.

Le 5 octobre : *pleurésie gauche* accompagnée d'une légère réaction péritonéale. La résorption se fait quand même normalement.

En mai 1935, le malade quitte Mégève en excellente santé après un séjour de 21 mois.

Les pleurésies que nous avons groupées dans ce chapitre surviennent tardivement dans le cycle tuberculeux.

Or, leur allure clinique est semblable à celle des pleurésies de primo-infection: même début aigu, même évolution cyclique, même guérison rapide.

Insistons cependant sur le fait que, dans la moitié de ces cas, nous avons observé des *séquelles radiologiques*

très importantes ne disparaissant pas après un séjour en montagne; que deux fois nous avons eu des *récidives*. Ces caractères semblent être particuliers aux pleurésies tardives, mais ils ne suffisent pas seuls à en permettre le diagnostic; il faut leur joindre l'étude des commémoratifs.

Il serait intéressant de savoir si l'évolution ultérieure de ces pleurésies est aussi bénigne que celle des pleurésies de primo-infection, et s'il est nécessaire de leur appliquer le même traitement.

PLEURESIES DE PRIMO-INFECTION PROBABLE

Dans le plus grand nombre de nos observations, la pleurésie nous semble la manifestation d'une tuberculose récente : aucun antécédent, aucun contact éloigné ne viennent attester la contamination antérieure du sujet. Mais, bien que nous en ayons l'impression clinique, nous ne pouvons affirmer la primo-infection car nous n'en avons pas la preuve tuberculinique.

Il n'y a que peu de temps en effet qu'on pratique systématiquement les réactions à la tuberculine au cours des examens prophylactiques ; dans la plupart de nos observations, elles ont été faites à propos de la pleurésie et non pas antérieurement.

Nous avons donc été amené dans ces cas à chercher la date de la primo-infection par des signes de probabilité :

- 1° la comparaison avec des examens cliniques et radiologiques antérieurs,
- 2° des manifestations cliniques plus ou moins typiques,
- 3° la notion d'un contagement récent.

Nous étudierons successivement ces diverses catégories en faisant les réserves nécessaires, puis nous verrons les cas de beaucoup les plus nombreux où rien ne nous a permis de retrouver la trace du début réel de l'infection tuberculeuse.

1. — PRIMO-INFECTION PROUVEE PAR DES EXAMENS ANTERIEURS NEGATIFS

Malgré sa simplicité, la cuti-réaction à la tuberculine n'est pas encore d'un emploi courant, sauf chez les enfants, et la plupart des examens médicaux préventifs sont privés de ce moyen d'investigation. Leur valeur en temps que preuve de la non-tuberculisation du sujet est donc très limitée.

Cependant, lorsque ces examens ont été pratiqués sérieusement, que le contrôle radiographique a été exigé, qu'ils ont été répétés régulièrement, on peut leur accorder une certaine valeur. Lorsqu'à un moment donné, à la suite d'un contact certain, ils indiquent une perturbation clinique et surtout radiologique, il est permis de penser à une tuberculisation récente.

Nous grouperons ici 4 observations d'élèves infirmières ou d'étudiants en médecine venus se faire examiner avant de commencer leurs stages, et qui, quelque temps après, ont fait une pleurésie. Les examens pratiqués ont tous été cliniques et radiographiques, mais malheureusement aucun n'a été complété par une cuti-réaction. Privé de cet élément indispensable nous pouvons dans ces cas suspecter la primo-infection, mais non l'affirmer.

OBSERVATION 25.— B... Pierre, 19 ans, étudiant en médecine.

Aucun antécédent à signaler.

A toujours habité la Normandie, et vient à Paris *en octobre* 1930 pour commencer ses études.

A ce moment un *examen clinique et radiographique est négatif*. Pas de cuti faite.

En janvier 1931 fait une *pleurésie gauche* qui nécessite deux mois de lit. La résorption se fait normalement, mais le malade reste longtemps sensible à la fatigue, malgré un séjour de deux mois en montagne (Saint-Gervais).

OBSERVATION 26. — M..., 19 ans, étudiant en médecine.

En novembre 1929, avant le début des stages, examen clinique et radiologique négatif. Pas de cuti faite.

En février 1930 : *pleurésie séro-fibrineuse* qui guérit rapidement.

Ce jeune homme va bien actuellement et continue ses études.

OBSERVATION 27. — T..., étudiant en médecine.

En novembre 1930, avant le début des études, *examen clinique* et radiologique négatif. Pas de cuti faite.

En mai 1931 : *pleurésie droite* à début aigu. La ponction ramène un liquide séro-fibrineux.

Pendant l'été 1931, petite *rechute pleurale*, puis repos en cure libre.

En 1933 : *tuberculose pulmonaire* discrète qui se stabilise rapidement.

Ce jeune homme a pu reprendre ses études.

OBSERVATION 28. — P... Gilberte, 19 ans, élève infirmière.

Aucun antécédent à signaler.

En octobre 1931, avant l'entrée à l'école d'infirmières, examen clinique et radiographique négatif. Pas de cuti faite.

Le 1^{er} juin 1932 : *fatigue* isolée, sans fièvre ni amaigrissement. La radiographie est inchangée.

Le 10 juin 1932 : *pleurésie gauche* à début brutal, avec hyperthermie qui persiste. Deux ponctions évacuatrices de 400 et 800 cc. sont nécessaires. La résorption se complète cependant, et est achevée au milieu de juillet, laissant peu de séquelles.

En août, cure de 1 mois au préventorium de Mégève.

Depuis conserve une excellente santé, mais n'a pas repris ses études.

Ces quatre observations peuvent se rapprocher de celles, reproduites plus haut, de COURCOUX et ALIBERT ou de VAUCHER. Elles mettent encore en évidence l'influence des contaminations hospitalières dans le développement de la tuberculose.

La pleurésie s'y manifeste :

2 fois 3 mois,

1 fois 5 mois

1 fois 8 mois

après le début de l'infection.

Il semble qu'il s'agisse de sujets neufs, mais il est regrettable que les examens prophylactiques pratiqués n'aient pas été complétés par des cuti-réactions, qui seules auraient pu nous en donner la preuve.

Ces observations ont, malgré cette imperfection, le grand intérêt de montrer que la pleurésie est bien la première manifestation flagrante de tuberculose dans l'organisme, puisqu'elles apportent la preuve clinique et radiographique de l'absence antérieure de toute lésion évidente.

2. — PRIMO-INFECTION

MARQUEE PAR UN SYNDROME CLINIQUE

Les auteurs modernes, par la méthode des cuti-réactions en série, ont établi que la primo-fixation, loin d'être toujours silencieuse, donne parfois des manifestations cliniques :

- dans un tiers des cas environ chez l'enfant (Léon BERNARD),
- dans la moitié des cas chez l'adulte, d'après les statistiques concordantes de COURCOUX et ALIBERT et d'ARBORELIUS.

Ces manifestations peuvent être caractéristiques; tels les syndromes de typho-bacillose et d'érythème noueux, que l'on rencontre avec une fréquence de 15 à 20 %.

Dans d'autres cas, les plus nombreux, elles n'ont rien de spécifique : simple fièvre de tuberculisation, accompagnée de fatigue, d'amaigrissement, coïncidant avec des modifications radiologiques.

Nous avons trouvé quelques observations où ces syndromes cliniques de primo-fixation avaient précédé la pleurésie séro-fibrineuse. Celle-ci n'est donc plus primitive au vrai sens du mot ; elle n'en est pas moins très précoce, suivant de très près ces manifestations, dans la phase de primo-infection, telle que nous l'avons définie.

1. — La typho-bacillose

Décrite pour la première fois par LANDOUZY, la typho-bacillose est, selon sa définition même, « *un état typhoïde avec fièvre continue et splénomégalie, sans signes de localisation viscérale.* »

C'est une tuberculose aiguë curable qui simule en tous points la fièvre typhoïde, ne s'en différenciant que par quelques nuances cliniques :

- la courbe thermique moins régulière, avec des oscillations plus considérables, variables d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre ;
- le pouls, plus accéléré que dans une typhoïde, mais cependant encore dissocié de la température,
- l'absence de catarrhe pharyngé et bronchique,
- l'absence de catarrhe intestinal,
- l'absence de taches rosées lenticulaires.

A ces nuances, remarquées par LANDOUZY, il faut ajouter la négativité des réactions humorales et biologiques de la typhoïde (hémoculture, séro-diagnostic), et l'apparition de la première réaction cutanée à la tuberculine, le plus souvent très belle.

Aussi peut-on dire que toute fièvre typhoïde qui ne fait pas sa preuve et s'accompagne d'une cuti positive a de grandes chances d'être une typho-bacillose.

La signature pourra en être donnée par la constatation d'une anomalie radiographique, quelle qu'elle soit. (Nous verrons en effet que les images radiologiques qui accompagnent la primo-infection sont variables et peu spécifiques).

Cette forme typhoïde de la tuberculose guérit le plus souvent ; mais l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement persistent longtemps. Ces malades restent « *en gestation de tuberculose* », et c'est au cours de leur convalescence prolongée qu'ils peuvent faire une pleurésie.

Ce fait est signalé par LANDOUZY lui-même qui en rapporte une observation.

Il s'agit d'un malade entré à l'Hôpital de la Charité « avec tout le cortège symptomatique d'une fièvre typhoïde, *moins les taches rosées* ; la maladie évolue, la température baisse, l'apyrexie survient, la convalescence commence ; on songe à envoyer le malade à la campagne, lorsque survient une pleurésie gauche qui nécessite deux ponctions ».

Cette observation ne donne malheureusement pas d'indications sur la durée exacte de l'intervalle entre la typho-bacillose et la pleurésie ; mais elle précise bien l'apparition de celle-ci *au cours* de la convalescence, donc au cours même de la première manifestation tuberculeuse, ou dans son évolution immédiate, sans solution de continuité.

La pleurésie peut d'ailleurs être plus précoce, *accompagnant le syndrome typho-bacillaire*, avec la même courbe thermique lente et irrégulière, la prostration, la convalescence longue et pénible. Le diagnostic de cette forme est aisé lorsque l'épanchement s'extériorise, mais dans certains cas, il peut être difficilement décelable ; on conçoit alors l'intérêt de la radiographie.

Cette forme n'est pas très fréquente :

— WEILL et MOURIQUAND en ont rapporté une observation.

— GRANDCHAMP cite le cas d'un jeune homme qui a présenté un syndrome typho-bacillaire suivi immédiatement d'un épanchement pleural dont la nature tuberculeuse a été confirmée par inoculation. Après la guérison, on a trouvé des lésions discrètes d'un sommet.

— POIX, AZOULAY, BRANDY rapportent l'observation d'une jeune femme qui fait un syndrome d'aspect typhoïde caractéristique. On porte le diagnostic de typho-bacillose sur la radiographie qui montre une image typique de petite pleurésie interlobaire.

Nous avons trouvé quelques observations analogues.

OBSERVATION 29. — E... Max, 22 ans, employé de commerce.

Aucun antécédent à signaler.

En novembre 1933 : surmenage excessif.

Le 19 décembre 1933 : *fièvre élevée*, avec douleurs rénales et abattement, qui se maintient en plateau à 40° jusqu'au 20 janvier 1934. Une cuti-réaction aurait été négative.

Le 20 janvier 1934 : *pleurésie droite* qui évolue rapidement vers la guérison.

Le 5 mars : *rechute* avec fièvre élevée, puis atténuation rapide.

Le 2 avril : nouvelle *rechute* plus discrète. Après une se-

maine la température est normale. La cuti-réaction est positive.

En mai le malade part pour Megève où il fait un séjour d'un mois et demi. La guérison semble alors complète. Il n'y a pas de séquelle.

Le malade n'a pu être suivi.

Cette observation nous signale une cuti-réaction négative au début de la typho-bacillose. Ce fait pourrait avoir un très gros intérêt ; mais cette cuti-réaction étant isolée, nous n'avons pas osé en tenir compte.

OBSERVATION 30. — D... Gabriel, 17 ans.

Mère morte tuberculeuse. Sans contact.

En novembre 1931 : *typho-bacillose* avec *pleurésie gauche* laissant de grosses séquelles.

En juin 1932 : *pleurésie double* à résorption difficile surtout à gauche.

En novembre, le malade va en cure d'air, d'abord dans l'Oise, puis à Megève, où il est mis au grand repos.

Jusqu'en juin 1933, son état s'améliore lentement, mais à ce moment, il fait une *péritonite tuberculeuse* avec ascite abondante.

La guérison demande 3 mois.

Le malade ne quitte Megève qu'en août 1934, après une cure de 19 mois, en très bon état.

OBSERVATION 31. — M... Augustine, 17 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Le 20 septembre : début rapide d'une affection fébrile pour laquelle on porte le diagnostic de typhoïde, mais l'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs.

La cuti-réaction est positive.

L'examen pulmonaire permet d'entendre quelques frottements à la base droite.

Le 3 octobre, devant cet état persistant avec température

en plateau à 40°, on fait une radiographie : elle révèle un petit épanchement de la base droite.

La ponction exploratrice ramène en effet un liquide lymphocytaire typique.

A partir du 10 octobre, la température commence à descendre par oscillations, le liquide se résorbe, et au milieu de décembre la malade semble complètement remise.

Elle n'a pu être suivie.

Nos autres observations se rapprochent de celle de LANDOUZY : typho-bacillose et pleurésie ne sont plus simultanées, mais sont séparées par un intervalle plus ou moins long.

Nous l'évaluerons, car il peut nous permettre de préciser l'époque de la pleurésie dans l'infection tuberculeuse. On admet en effet que la typho-bacillose est une des manifestations cliniques de la primo-fixation, et qu'elle survient au moment où les réactions tuberculiniques deviennent positives.

OBSERVATION 32. — C... Hélène, 13 ans.

Elevée en pleine campagne; n'est à Paris que depuis deux ans.

Père a eu une pleurésie dans l'enfance. Va bien depuis, mais n'a pas été examiné.

En mars 1933 : affection indéterminée avec douleurs abdominales, *fièvre en plateau à 40° pendant 20 jours, cuti-réaction positive.*

La convalescence n'a pas été franche, la fatigue, l'amaigrissement persistant.

Le 22 mai : poussée thermique à 40° avec constitution d'une *pleurésie gauche* qui évolue en un mois vers la guérison.

OBSERVATION 33. — F... C., 13 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En septembre 1933 : *typho-bacillose* terminée en 3 semaines, mais suivie d'une convalescence difficile.

Fin décembre 1933 : début brutal d'une *pleurésie droite* abondante. Une ponction évacuatrice de 700 cc. de liquide séro-fibrineux lymphocytaire est nécessaire.

La cuti-réaction est positive.

La résorption se produit en un mois, mais la température reste décalée.

Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 34. — C... Michel, 7 ans.

Aucun antécédent à signaler. Aucun contact connu.

En juin 1933 : *typho-bacillose*.

En septembre : *pleurésie droite*; cuti-réaction positive. La radiographie montre une réaction parahilaire droite nette.

La régression se fait bien mais la température persiste, oscillant entre 37°8 et 38°.

En décembre, le malade part quand même pour le préventorium de Mégève.

Les premiers temps, il semble s'améliorer mais conserve toujours une fébricule.

Le 1^{er} mai : début d'une *tuberculose pulmonaire droite* avec tendance à la caséification. On dirige le malade sur un sanatorium.

OBSERVATION 35. — G... Jean, 16 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En juin 1936 : *typho-bacillose* avec température à 40° pendant 15 jours.

En septembre 1936 : *pleurésie gauche*, ponction. La guérison semble obtenue vers la fin d'octobre et le malade va se reposer dans un préventorium de Seine-et-Oise.

Le 17 décembre 1936 : *péritonite tuberculeuse* avec réaction pleurale de la base droite.

La résorption se fait en un mois environ mais le malade garde de grosses séquelles.

Il n'a pu être suivi.

OBSERVATION 36. — P... Léandre, 15 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En mai 1932 : *typho-bacillose*, avec cuti-réaction positive, qui guérit en 3 semaines.

La convalescence n'est pas franche, et souvent coupée de petites poussées thermiques.

Le 8 octobre : *pleurésie droite* avec liquide lymphocytaire typique.

Au début de novembre, le liquide semble résorbé, mais la température reste autour de 38°.

Le 1^{er} décembre apparaissent des symptômes abdominaux, et on porte le diagnostic de *péritonite tuberculeuse*. Celle-ci se complète, et se caractérise par une ascite libre très abondante.

Malgré le traitement par les sels d'or et le chlorure de calcium, la résorption est longue.

Le 20 janvier, elle n'est pas achevée, et la température est encore à 38°.

On envoie alors le malade dans un préventorium à Leysin.

Il en revient 13 mois après complètement guéri.

OBSERVATION 37. — G... Rose, 12 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En janvier 1935 : *typho-bacillose* ; cuti-réaction positive. Evolution en 15 jours.

En août 1935 : *pleurésie gauche* à début brusque. Ponction exploratrice +.

Evolution vers la résorption en un mois.

OBSERVATION 38. — V... Gisèle, 12 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En janvier 1933 : *typho-bacillose* typique; cuti-réaction positive. Evolution en 3 semaines vers la guérison.

Convalescence sans incidents notables.

En mars 1933 : la radioscopie montre une très légère diminution de transparence du champ pulmonaire gauche.

En août 1933 : *pleurésie gauche*. Evolution vers la résorption en 3 semaines.

La guérison est consolidée par une cure de 6 mois au préventorium à Mégève. L'enfant revient en excellente santé.

OBSERVATION 39. — G... Jacqueline, 17 ans.

Une sœur a eu une pleurésie en septembre 1933 (cf. obs. 193).

Aucun antécédent à signaler.

En septembre 1932 : *typho-bacillose* probable.

En mars 1933 : *pleurésie droite* à rétrocession assez rapide.
Cutiréaction +.

La malade fait alors une cure de 5 mois à Mégève et en revient en parfaite santé, sans séquelle.

Elle a été suivie jusqu'en avril 1935 et va bien.

OBSERVATION 40. — M... Lydie, 16 ans, étudiante.

Aucun antécédent à signaler.

En décembre 1935 : *typho-bacillose* caractérisée (température à 39° pendant 15 jours, léger amaigrissement, cutiréaction positive).

Puis reprise de l'état général.

Le 15 juin 1936 : insolation.

Le lendemain la température fait un clocher à 39°6 et une *pleurésie droite* se forme rapidement. (Ponction +).

Evolution vers la guérison en un mois.

OBSERVATION 41. — C... Jeanne, 13 ans.

Père tuberculeux pulmonaire, décédé fin novembre 1936; il était malade depuis 18 mois.

En mars-avril 1936 : *typho-bacillose* sérieuse, avec température en plateau à 40° pendant un mois, convalescence traînante coupée de quelques poussées thermiques.

Cutiréaction positive.

Le 23 janvier 1937 : début brusque d'une *pleurésie droite* peu abondante. Ponction +.

Evolution vers la résorption en un mois et demi.

OBSERVATION 42. — L... Paul, 16 ans, collégien.

Aucun antécédent à signaler.

En octobre 1935 : *typho-bacillose* caractérisée avec convalescence traînante. Cutiréaction +.

A repris ses études en décembre 1935 mais restait fatigué.

En décembre 1936 : *péritonite tuberculeuse* peu importante, résorbée un mois après.

En janvier 1937 : *pleurésie gauche* légère.

Ce malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 43. — R... Simone, 11 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En juillet 1935 : *typho-bacillose* probable ; affection fébrile de 6 semaines avec syndrome typhique. Cuti-réaction +. Radiographie pulmonaire normale.

Le 19 janvier 1937 : début brutal d'une *pleurésie droite* ; ponction +. Evolution vers la guérison en un mois et demi.

OBSERVATION 44. — B... André, 21 ans, étudiant en médecine.

Aucun antécédent à signaler.

En 1933, avant le P. C. N. : *typho-bacillose* caractérisée.

Fait son P. C. N. à Paris en 1933-34.

En octobre 1934, avant le début des stages hospitaliers : cuti-réaction positive.

En juillet 1935 : *pleurésie droite* peu abondante qui se résorbe sans séquelles.

Après 3 mois de cure libre en montagne, ce jeune homme peut reprendre ses études.

Voici donc une série de 16 observations où le temps entre le début de l'infection tuberculeuse caractérisé par un syndrome typho-bacillaire et la pleurésie a pu être calculé exactement. Il est :

3 fois	nul,
1 fois	de 2 mois,
2 fois	de 3 mois,
1 fois	de 4 mois,
1 fois	de 5 mois,
4 fois	de 6 mois,

1 fois	de 10 mois,
1 fois	de 13 mois,
2 fois	de 18 mois.

soit 12 fois sur 16 inférieur à 6 mois.

Remarquons que dans tous ces cas, malgré son allure traînante, on n'a pas traité la convalescence de la typho-bacillose comme il convient. Le sujet récemment infecté et à état général déficient est resté soumis aux contaminations extérieures ; c'est probablement ce fait qui est à l'origine de la pleurésie.

Nous avons d'ailleurs ici une proportion plus élevée de pleurésies compliquées que nous n'en avons parmi les pleurésies réellement primitives : une fois récidive (obs. 29), 3 fois péritonite (obs. 30, 35, 36), une fois évolution pulmonaire (obs. 34).

2. — L'érythème noueux

L'érythème noueux est une maladie aiguë et cyclique, caractérisée par une éruption de nodules érythémateux durs et douloureux, de dimensions variables, siégeant sur la face antérieure des genoux et de la jambe, parfois plus disséminés sur les cuisses, les bras, les avant-bras.

Cette éruption, souvent très discrète, se fait en deux ou trois poussées successives ; elle évolue en une dizaine de jours, les nodules prenant une teinte ecchymotique. Elle s'accompagne de signes généraux variables :

- parfois très discrets : courbatures, poussées thermiques, troubles gastro-intestinaux,
- parfois plus importants, avec fièvre élevée à 39°, 40°, persistante et irrégulière, torpeur, asthénie.

Quelle que soit sa gravité apparente, son pronostic im-

médiat est bon : la guérison est la règle, mais la convalescence est souvent délicate.

On a longtemps discuté sur l'étiologie de l'érythème noueux ; il semble bien prouvé actuellement que, survenant chez un enfant ou un adulte jeune, l'érythème noueux primitif, aigu et fébrile est une *manifestation tuberculeuse*.

Les réactions tuberculiniques sont toujours fortement positives.

Les analogies cliniques avec la typho-bacillose ont été relevées, et même pour DUFORT : « la très grande majorité des érythèmes noueux des enfants ne sont pas autre chose que des typho-bacilloses avec éruption de tuberculides nodulaires ».

Comme la typho-bacillose en effet, on le rencontre exceptionnellement chez des phtisiques avérés ; dans la règle, ainsi que de nombreuses statistiques avec cuti-réactions en série l'ont montré, il apparaît au moment du virage des réactions tuberculiniques ; il représente une des manifestations cliniques de la primo-infection tuberculeuse.

Rappelons que ce sont des observations d'érythème noueux qui ont été le point de départ des belles études de TROISIER sur la primo-infection tardive.

Comme après une typho-bacillose, nous pourrions donc voir à la suite de l'érythème noueux une pleurésie séro-fibrineuse.

Ce fait a déjà été signalé par des auteurs français :

— TROISIER et BOQUIEM rapportent une très belle observation d'érythème noueux guéri, mais suivi après quatre mois de convalescence d'une pleurésie grave ayant nécessité deux ponctions évacuatrices.

— BOUR cite le cas d'une élève infirmière qui avait pu être examinée avant ses stages ; nous la résumerons :

3 *cutis* avaient été négatives avant septembre 1935. A ce moment stage dans un service de phtisiologie. Aucun trouble de l'état général, mais le 11 décembre 1935 : *intra-dermo réaction positive*.

Le 16 décembre : *érythème noueux* grave, accompagné de manifestations méningées et arthralgiques, et fièvre en plateau régulier au-dessus de 39°.

Cet état dure jusqu'au 3 janvier, puis brusquement la descente thermique s'amorce par grandes oscillations.

A ce moment, on constate des signes de *pleurésie gauche* que la radiographie vient confirmer.

Cette observation est intéressante parce qu'elle s'appuie sur des réactions tuberculiniques.

Nous avons trouvé 3 observations analogues, bien que d'allure clinique beaucoup moins grave. Elles sont également très typiques, mais malheureusement ne signalent pas de cuti-réaction avant l'érythème noueux.

OBSERVATION 45. — D... Louis, 11 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Le 23 novembre 1936 : *érythème noueux* typique, mais peu important. Cuti-réaction très fortement positive. La radiographie montre une grisaille généralisée avec des régions hilaires plus chargées.

La guérison se fait rapidement, mais l'enfant reste fatigué et subfébrile.

Le 15 février 1937 : début brutal d'une *pleurésie gauche*. Ponction : liquide lymphocytaire typique.

Evolve vers la résorption sans séquelle en un mois et demi.

OBSERVATION 46. — T... Yvette, 17 ans, employée de bureau.

Mère morte de tuberculose osseuse.

En avril 1932 : *érythème noueux*.

En août 1932 : *pleurésie gauche* séro-fibrineuse à évolution normale.

La malade fait ensuite une cure de un an en sanatorium.

Elle a été suivie jusqu'en septembre 1936 et se portait très bien.

OBSERVATION 47. — C... Louis, 14 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Habitait la pleine campagne ; n'est à Paris que depuis mai 1928.

En octobre 1928 : épisode thermique prolongé avec éruption nodulaire sur les jambes.

Cuti-réaction positive.

Convalescence pénible.

En avril 1929 : *pleurésie droite* de moyenne abondance.

Guérison en un mois sans séquelle.

Dans ces trois observations, nous voyons la pleurésie survenir :

1 fois 3 mois,

1 fois 4 mois,

1 fois 7 mois

après l'érythème noueux, donc précocement.

Mais ces observations sont trop peu nombreuses pour nous permettre une opinion personnelle.

En Norvège, où l'érythème noueux et la pleurésie semblent s'intriquer très fréquemment, les auteurs ont pu en faire des études approfondies. Nous rapporterons leurs principales conclusions.

— WALLGREEN insiste d'abord sur la *parenté étroite* de ces deux manifestations qui affectent les mêmes sujets. Il dit que 26 % des malades atteints d'érythème noueux contractent par la suite une pleurésie exsudative ; d'autre part, il trouve l'érythème noueux dans les antécédents des pleurétiques avec une fréquence de 25 %. Nous sommes loin d'une proportion aussi forte, puisque nous n'avons que trois érythèmes noueux chez nos 260 pleurétiques.

Peut-être doit-on comme lui attribuer cette différence au changement de race ou de climat ?

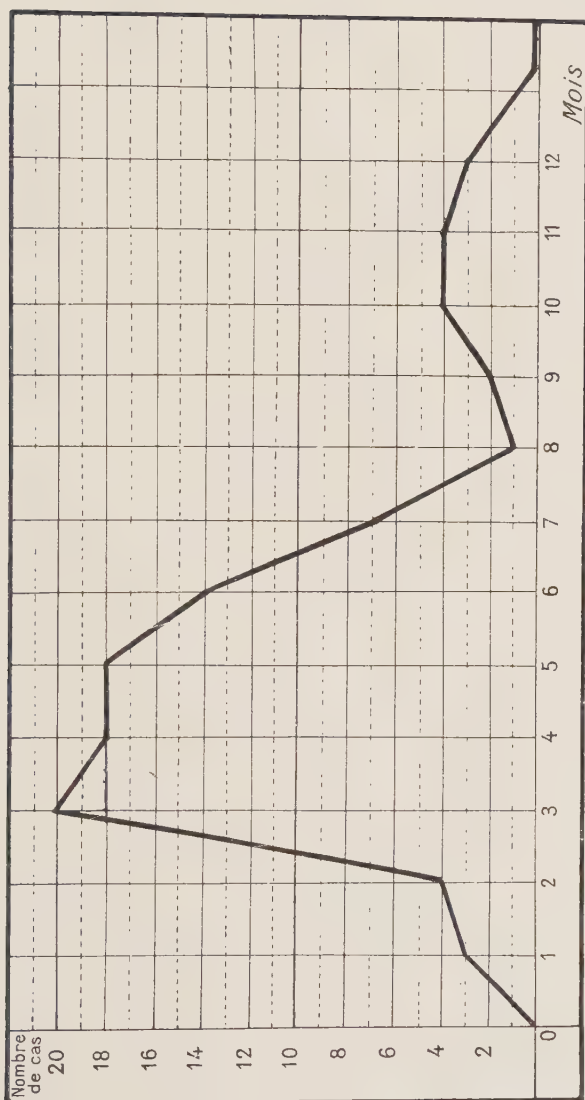
Puis, chez les malades ayant souffert des deux affections, il cherche à situer la pleurésie par rapport à l'érythème noueux. Celui-ci apparaissant juste au moment où l'allergie débute, WALLGREEN peut par ce procédé placer la pleurésie dans le cycle tuberculeux dans 109 cas.

Il dresse ainsi le tableau suivant :

Intervalle entre l'E. N. et la pleurésie	Nombre de cas
1 mois.....	3
2 mois.....	4
3 mois.....	20
4 mois.....	18
5 mois.....	18
6 mois.....	14
7 mois.....	7
8 mois.....	1
9 mois.....	2
10 mois.....	4
11 mois.....	4
12 mois.....	3
Plus de 12 mois	11

dont les résultats sont consignés sur la courbe ci-jointe (Courbe 1).

On voit d'après ce tableau que la pleurésie survient avec un maximum de fréquence dans les 6 premiers mois de l'infection tuberculeuse. Elle a, comme conclut WALLGREEN, « une période de prédilection, qui est la période suivant immédiatement le début de l'allergie, lorsque celle-ci est la plus forte, et que tout l'organisme est dans une phase de supersensibilisation ».



COURBE 1. — Intervalle entre l'érythème noueux et la pleurésie.
d'après Wallgreen.

— Ragnar BORELIUS a étudié également les rapports entre l'érythème noueux et la pleurésie chez 14 sujets âgés de 10 à 22 ans pour la plupart et deux plus âgés, un de 28 et un de 33 ans. Sa statistique concorde avec la précédente :

Intervalle entre l'E. N. et la pleurésie	Nombre de cas
Coexistence	1
2 à 10 mois	10
Un an	2
Deux ans	1

Dans 4 de ces cas, un examen radiologique avait pu être pratiqué au cours de l'érythème noueux ; 2 fois il a montré une tuberculose ganglio-hilaire indiscutable.

— HAMBRO insiste également sur la relation entre l'érythème noueux et la pleurésie qui apparaissent souvent chez le même malade à peu de temps d'intervalle.

Il rapporte 62 cas d'érythème noueux dont 27, soit près de la moitié ont été suivis de pleurésie. Mais il a vu 3 fois la pleurésie précéder l'érythème noueux (dans un de ces cas, l'érythème noueux a été suivi d'une nouvelle pleurésie) ; ces 3 cas semblent montrer que la première infection peut s'extérioriser par une pleurésie aussi bien que par un érythème noueux, mais moins fréquemment.

Ces auteurs s'accordent donc sur la fréquence et la précocité des pleurésies consécutives à un érythème noueux.

Il serait intéressant d'avoir plus de détails sur la santé du sujet pendant l'intervalle qui sépare les deux manifestations. Peut-être, comme après la typho-bacillose, la pleurésie ne survient-elle qu'après des érythèmes noueux à convalescence traînante et non soignée correctement ?

Nos observations personnelles sont trop peu nombreuses pour que nous puissions conclure.

3. — Manifestations cliniques légères

La primo-infection peut encore se manifester par des troubles cliniques sans caractères propres.

Le symptôme le plus courant est la *fièvre*, qui peut affecter tous les types, depuis la petite instabilité thermique jusqu'aux températures élevées et oscillantes de la typho-bacillose. Elle peut être isolée ou s'accompagner de modifications de l'état général, de troubles digestifs, de céphalée, réalisant un « état grippal » d'allure banale.

D'autres fois, on rencontre de l'asthénie, de l'inappétence, un amaigrissement léger survenant sans cause apparente, isolé, ou avec une fébricule plus ou moins nette.

Ces symptômes, en général bénins, n'ont rien en eux-mêmes de significatif, et ne peuvent être rattachés à leur véritable cause en l'absence des réactions tuberculiques.

Leur appréciation n'a de valeur que si elle est appuyée par un *test radiologique*. La primo-infection peut, en effet, se marquer sur le cliché par des images plus ou moins caractéristiques, à date d'apparition variable ; coïncidant en général avec les signes cliniques, elles peuvent les précéder, ou ne survenir qu'un peu après. (DUFOUT et Etienne MARTIN). Elles peuvent être très fugaces et disparaître en quelques jours.

Il est donc utile, pour donner à l'examen toute sa valeur :

— de le comparer avec des radiographies antérieures faites avant la tuberculisation, afin de pouvoir apprécier la plus minime perturbation;

- de le faire très précocement;
- de le répéter après l'épisode fébrile;
- d'avoir de très bons clichés, car souvent les images très discrètes ne seront fixées que sur des téléradiographies instantanées, ou sur des vues de profil ou d'oblique, particulièrement chez l'enfant, en raison de la mobilité des ombres médiastinales.

Ces conditions réalisées, bien souvent encore la primo-infection n'est pas décelable sur le cliché. Mais, dans les cas heureux, on pourra observer des images caractéristiques d'aspects variables :

a) *Ombre périlhilaire*, arrondie ou ovalaire, à contours réguliers, homogène, prenant l'aspect de gros ganglions. En réalité, l'examen sous diverses incidences et la comparaison avec des planches anatomiques (ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY) ont pu montrer qu'il s'agit là d'une ombre parenchymateuse, située en avant ou en arrière du plan du hile. Elle peut être associée à une atteinte ganglionnaire, mais en est probablement indépendante.

b) *Image franchement parenchymateuse*. — C'est une tache arrondie ou ovalaire, limitée et souvent très petite. Son siège est variable au milieu d'un champ pulmonaire, au voisinage d'une scissure, ou plus près du hile et pouvant alors lui être rattachée par une plage sombre, irrégulière, à contours effilochés.

c) *Ombre scissurale* à point de départ hilaire réalisant les aspects dits « en bec d'oiseau, en éperon ».

d) *Ombre homogène étendue*, obscurcissant parfois un lobe entier, donnant au sommet l'image en casque, pouvant à la base simuler une pleurésie. C'est l'aspect réalisé par la spléno-pneumonie.

Tous les intermédiaires peuvent exister entre ces différentes images, dont seuls le siège et l'étendue diffèrent, et

qui se rejoignent par un caractère commun: *l'homogénéité de l'ombre*. Elles évoluent en général lentement, permettant longtemps un diagnostic radiologique. Au fur et à mesure qu'elles s'estompent, elles perdent leur homogénéité, peuvent présenter des taches plus claires simulant une caverne, puis disparaissent, ne laissant comme séquelle qu'une petite calcification ou de légers tractus.

Mais à côté de ces lésions bien connues de « type infantile », COURCOUX et ALIBERT ont signalé au cours de la primo-infection de l'adulte jeune des images radiologiques, taches micro-nodulaires ou condensation des sommets, rappelant la tuberculose habituelle, mais la preuve tuberculinique a permis de les en différencier.

Dans les observations qui suivent, nous avons pu avoir la notion de primo-infection :

— soit par un trouble de l'état général accompagné de lésions radiologiques,

— soit par des lésions radiologiques seules, découvertes à l'occasion d'un examen fortuit, mais suffisamment typiques,

l'interprétation de ces signes étant souvent aidée par la notion d'un contagé récent.

OBSERVATION 48. — R... Françoise, 11 ans et demi.

Père tousse et crache depuis peu.

Aucun antécédent à signaler.

En mars 1933 : envoyée en préventorium pour *fatigue, amaigrissement*, et aspect radiologique d'adénopathie hilare.

Elle revient du préventorium en mai peu améliorée.

Le 8 juin : *pleurésie droite* à début brusque; ponction + ; cuti-réaction +.

Evolution en un mois vers la résorption.

OBSERVATION 49. — L... Joseph, 4 ans.

Deux frères décédés, l'un de méningite tuberculeuse, l'autre de mal de Pott; sans contact.

En mars 1923, état subfébrile prolongé, cuti-réaction +.

La radiographie montre une image d'adénopathie trachéo-bronchique avec réaction périganglionnaire marquée.

Cette fièvre persiste deux mois, puis en juin apparaissent des signes d'épanchement pleural droit. La ponction ramène un liquide séro-fibrineux.

Cet épanchement persiste longtemps sans tendance à la résorption qui ne s'amorce qu'au début d'octobre. A ce moment, la température, oscillante depuis le début, commence à céder. L'état semble s'améliorer, mais le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 50. — F... Pierre, 7 ans.

Aucun antécédent à signaler.

De novembre 1931 à mars 1932 : épisode fébrile persistant, avec toux, sueurs nocturnes abondantes, sans diagnostic.

Le 18 avril 1932 : la radiographie a montré un hile droit très chargé.

Le 28 avril : *pleurésie droite* à début franc. Ponction +. Cuti-réaction +.

Evolution en 3 semaines vers la guérison avec un minimum de séquelles.

OBSERVATION 51. — F... André, 12 ans et demi.

Père décédé de tuberculose en mars 1929.

En mars 1929 : bronchite aiguë suivie de fatigue, céphalée, poussées thermiques.

En mai la radiographie montre des ombres ganglionnaires hilaires importantes.

Le 1^{er} juillet : début brutal d'une *pleurésie gauche*. Ponction + ; cuti-réaction +.

Evolution en un mois et demi vers la résorption.

OBSERVATION 52. — W... Paul, 12 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Depuis octobre 1933, à la suite d'une « grippe », se plaint de fatigue, toux légère, poussées thermiques de temps à autre.

Le 5 mars : *pleurésie droite* à début violent avec hyperthermie. L'abondance du liquide a nécessité une ponction évacuatrice de 500 cm³. La cuti-réaction est positive.

La température oscille largement pendant un mois puis descend progressivement.

Ce malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 53. — W... Jean, 8 ans.

Un frère de 10 ans a fait une pleurésie il y a 4 ans; actuellement tuberculeux, il est en sanatorium depuis juin 1928.

En juillet 1928 : visite de prophylaxie à un dispensaire; on trouve une image hilare suspecte; on ne fait pas de cuti-réaction.

En novembre 1928 : *pleurésie gauche* à début brutal. Ponction +. Cuti-réaction +.

La résorption se fait complètement en un mois.

Le malade a été revu en janvier 1932 ; il était en parfaite santé et avait une image radiographique normale.

OBSERVATION 54. — Y... Marcel, 15 ans, étudiant.

Aucun antécédent à signaler.

En février 1935 : « grippe » avec cuti-réaction très fortement positive. La radiographie montre dans la région inter-cléido-hilaire droite une opacité arrondie.

Le 15 août 1935 : *pleurésie droite*; ponction + ; résorption en un mois mais séquelles importantes.

En octobre, le malade part pour Mégève où il fait une cure de 6 mois. L'amélioration est nette, mais les séquelles pleurales restent notables.

OBSERVATION 55. — A... Robert, 20 ans.

Une sœur atteinte de tuberculose rénale.

Aucun contact connu.

En juillet 1935 : fatigue, amaigrissement. Une radiographie pratiquée montre une opacité latéro-hilaire. Pas de cuti faite.

On envoie le malade 4 mois en préventorium.

Le 31 décembre 1935 : *pleurésie gauche*. La ponction ramène un liquide séro-fibrineux. La résorption se fait en un mois environ mais le malade reste subfébrile.

Le 22 février 1936, il part pour Mégève en cure libre, et y arrive avec de la fièvre.

Une radiographie montre quelques opacités nodulaires dans la région axillaire gauche.

Très rapidement l'état s'aggrave et le 8 mars, le malade quitte Mégève avec une *granulie pulmonaire*.

OBSERVATION 56. — L... Pierre, 3 ans.

Père tuberculeux. En apparence bien portant depuis la naissance de l'enfant jusqu'en novembre 1935 ; à ce moment a été reconnu bacillaire et est resté en contact avec l'enfant pendant 3 semaines environ. Il en a été séparé à la fin de décembre 1935.

Fin janvier 1936 : bronchite fébrile avec cuti-réaction très positive ; une radiographie montre de grosses adénopathies hilaires bilatérales avec à droite un flou parahilaire net.

Le 18 octobre 1936, l'enfant commence une *scarlatine* qui évolue normalement, puis une varicelle.

Le 22 novembre, la température fait un clocher à 39°, puis se met à osciller, et bientôt on note un *épanchement pleural* gauche à formule lymphocytaire.

L'évolution se fait en un mois vers la résorption et le malade peut partir en janvier pour le préventorium de San Salvador.

OBSERVATION 57. — D... Colette, 22 ans, étudiante en médecine.

Aucun antécédent à signaler.

En mai 1933 : fatigue, amaigrissement. Pas de cuti faite. Une radiographie montre une petite réaction parahilaire gauche.

En mai 1934 : *pleurésie gauche* ; ponction + ; cuti-réaction + ; la résorption se fait normalement et il ne persiste que des séquelles insignifiantes.

Remarquons dans les deux observations précédentes la présence à l'origine de la pleurésie de réinfections hospitalières survenues peu après la première manifestation clinique de tuberculose probable. Ces deux observations viennent donc encore souligner la nécessité de mettre les sujets récemment infectés à l'abri de toute contamination.

OBSERVATION 58. — Mlle C...

Cuti-réaction négative en 1933.

En janvier 1936 : « grippe ».

En juillet 1936 : radiographie normale.

En janvier 1937 : *pleurésie droite*; cuti-réaction +.

Cette observation aurait pu être classée parmi les primo-infections certaines. Nous ne l'y avons pas mise en raison des renseignements trop succincts et de l'ancienneté de la dernière cuti-réaction négative.

OBSERVATION 59. — M... Georges, 12 ans.

Grand'mère tuberculeuse; jamais aucun contact.

Aucun antécédent à signaler.

En décembre 1930 : épisode pulmonaire avec fièvre irrégulière et prolongée, amaigrissement, sueurs nocturnes. La cuti-réaction est positive.

La radiographie montre une réaction parahilaire bilatérale.

On envoie alors l'enfant un an dans un préventorium mal tenu. Il revient en janvier 1932 sans amélioration, avec une image radiologique inchangée.

Le 20 juin 1932 : *pleurésie gauche* assez abondante; la ponction ramène un liquide lymphocytaire.

La guérison a été obtenue en trois semaines environ. (Traitement par le chlorure de calcium à fortes doses).

Dans ces douze observations nous voyons la pleurésie survenir peu après un épisode clinique banal, que des mo-

difications radiologiques, et dans quelques cas la constatation d'une cuti-réaction positive, ont pu faire rattacher à une primo-infection tuberculeuse. Elle s'est manifestée :

1 fois, 2 mois,

2 fois, 3 mois,

2 fois, 4 mois,

2 fois, 5 mois,

1 fois, 6 mois,

1 fois, 10 mois,

2 fois, 12 mois,

1 fois, 18 mois,

après cet épisode, donc 8 fois dans les 6 premiers mois qui le suivent.

S'il était prouvé, par la notion d'une cuti-réaction antérieure négative, que cet épisode est bien le retentissement clinique de la primo-fixation, nous aurions pu, dans ces cas, affirmer la place de la pleurésie au début de l'infection tuberculeuse.

La pleurésie a eu en tout cas l'avantage énorme d'en permettre le diagnostic, qui n'a pas toujours été fait à propos de l'épisode antérieur trop mal caractérisé.

3. — PRIMO-INFECTION PROBABLE PAR CONTAGE RECENT

Nous avons réuni ici des observations dans lesquelles il semble que la tuberculisation se soit produite à la suite d'un contage récent.

Nous n'en apportons pas la preuve, ces sujets n'ayant jamais été examinés antérieurement et, par conséquent, n'ayant jamais eu de cuti-réaction. Mais tous ces sujets avaient jusqu'alors été parfaitement bien portants ; leurs

conditions de vie avaient toujours été bonnes ; on peut donc supposer qu'ils ont pu échapper à une contamination antérieure, et admettre que le contact dont nous avons la date et la durée précises a été leur première rencontre avec le bacille.

Il est évident que les conclusions que nous pourrions tirer de ces observations ne seront que très approximatives.

Dans un premier groupe, voici des observations où ce contact était familial, mais précis et momentané. Nous y connaissons le début de la tuberculose contaminante. Toutes les observations avec tuberculose familiale sans précision de date ont été éliminées.

OBSERVATION 60. — S... Serge, 20 ans, employé de bureau.

Contact : *une sœur tuberculeuse*. Malade depuis février 1936, elle a d'abord été soignée en dehors de sa famille. Le 15 septembre 1936, elle vient vivre avec son frère jusqu'au 15 octobre où elle part pour le sanatorium. Ses crachats contenaient des bacilles de Koch.

Le 30 octobre 1936 : *pleurésie droite* avec début violent. Evolution vers la résorption en deux mois.

Ce jeune homme est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION 61. — G... Geneviève, 20 ans, employée de banque.

Contact : *père mort tuberculeux* en mars 1930. Soigné en dehors de sa famille, il n'a été en contact avec sa fille que pendant le mois de mars 1930.

Fin avril 1930 : *pleurésie gauche* très abondante. Deux ponctions évacuatrices de 2 litres sont nécessaires ; la première a occasionné une syncope.

Apyrétique depuis juin, la malade peut partir en octobre pour le préventorium de Mégève. Elle le quitte après un séjour de 6 mois en excellente santé. Aucune séquelle pleurale.

OBSERVATION 62. — L... Paulette, 8 ans.

Aucun antécédent personnel à signaler.

Contact : le *père tuberculeux* depuis février 1928 (hémoptysie).

Le 20 mars 1928 : l'enfant passe une visite de prophylaxie dans un dispensaire antituberculeux. On découvre un *épanchement pleural gauche* peu abondant, constitué à bas bruit.

La cuti-réaction est positive.

Jusqu'au 10 avril, l'épanchement augmente progressivement ; la température se maintient autour de 38°.

Puis la régression se fait normalement ; au début de mai, l'enfant semble complètement guérie.

OBSERVATION 63. — S... Joseph, 7 ans.

Contact : *père tuberculeux* depuis septembre 1931.

Le 10 décembre 1931: *pleurésie droite* à début violent hyperthermique. Cuti-réaction +. La ponction ramène un liquide lymphocytaire typique. La sédimentation globulaire est accélérée de 50 %.

Les jours suivants, l'état semble s'aggraver. La fièvre persiste très élevée; l'épanchement augmente.

Le 29 décembre on fait une ponction évacuatrice de 200 cm³ de liquide, qu'on remplace par la même quantité d'air, et on commence des injections de crisalbine intra-pleurales.

La sédimentation globulaire est accélérée de 56,5 %.

Cet état grave persiste longtemps; l'état ne s'améliore que progressivement. Petit à petit cependant l'épanchement se tarit.

Le 14 février 1932, il semble résorbé, la température est en plateau à 37°6, mais le malade fait une dermite exfoliatrice, et de l'albuminurie. On doit suspendre les injections de crisalbine.

Ces signes finissent par s'amender, et en juin la guérison semble obtenue.

On n'a pu suivre le malade.

OBSERVATION 64. — P... Marie, 21 ans, institu(trice).

Un frère mort tuberculeux. Sans contact

Un autre *frère tuberculeux* depuis février 1932 : contact pendant un mois avant son départ pour le sanatorium (mars 1932).

En mai 1932 : *pleurésie gauche* à résorption rapide. Cuti-réaction fortement positive.

Les séquelles immédiates sont importantes, mais après une cure libre à la campagne de 6 mois, suivie d'un séjour de 15 mois au préventorium de Mégève, elles ont complètement disparu.

OBSERVATION 65. — B... Jean, 18 ans.

Contact : une *sœur tuberculeuse* morte en novembre 1931. A cohabité avec le madade deux mois avant sa mort.

En février 1932 : *pleurésie gauche* assez abondante. Apyrexie à partir de mai 1932.

Guérisson, avec peu de séquelles, consolidée par un séjour de deux mois au préventorium de Mégève.

OBSERVATION 66. — P... André, 18 ans.

Contact avec une *sœur tuberculeuse* de mai à août 1933.

En octobre 1933 : *pleurésie gauche* à résorption rapide. Cuti-réaction positive.

Convalescence traitée par une cure de 4 mois au préventorium de Mégève. Le malade reste en excellente santé. Aucune séquelle pleurale.

OBSERVATION 67. — N... Pierre, 19 ans, manœuvre.

Contact avec *père tuberculeux* de décembre 1932 à mars 1933.

En juin 1933 : *pleurésie gauche* d'abondance moyenne. Cuti-réaction +. Résorption en un mois et demi.

Cure de 4 mois au préventorium de Mégève. Excellente santé depuis ; aucune séquelle pleurale.

OBSERVATION 68. — D... Guy, 5 ans.

Contact avec sa *mère tuberculeuse* depuis octobre 1933.

En mars 1934 : *pleurésie gauche* à résorption rapide. La cuti-réaction est positive.

La radiographie montre, outre l'opacité de la base gauche, une réaction hilaire nette.

Pendant la convalescence : cure de 5 mois à Mégève. Très bonne santé depuis ; aucune séquelle pleurale.

OBSERVATION 69. — G... Henriette, 13 ans.

Contact avec *père tuberculeux* depuis juin 1932.

En novembre 1932 : *pleurésie gauche* à régression spontanée rapide.

La cuti-réaction est positive.

La radiographie montre un flou parahilaire gauche accompagnant la réaction pleurale.

La malade est en excellente santé depuis. Elle a fait une cure de 2 mois au préventorium de Mégève.

OBSERVATION 70. — R... Jacques, 14 ans.

Mère a eu une pleurésie gauche en 1932. Elle s'en était apparemment bien remise, mais en mars 1935 a eu des lésions pulmonaires gauches. Elle a dû être envoyée en sanatorium en juin. *Contact de mars à juin 1935.*

Le 3 septembre 1935 : début brutal d'une *pleurésie gauche* abondante. Ponction +. Cuti-réaction +.

Evolution vers la résorption spontanée.

Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 71. — P... Jeanne, 20 ans.

Contact de février à avril 1930 avec une sœur bacillaire.

En août 1930 : *pleurésie droite* à guérison spontanée suivie d'une cure de un an dans un préventorium à La Giétaz (Haute-Savoie). Bon état depuis.

En juillet 1933 : *pleurésie gauche*. Cuti-réaction +.

Cure de 5 mois au préventorium de Mégève.

Ne conserve que des séquelles pleurales minimales.

N'a pu être suivie depuis.

OBSERVATION 72. — H... R., étudiant, 17 ans.

Mère a une tuberculose discrète. Contact depuis juin 1934.

Le 1^{er} décembre 1934 : début brutal d'une *pleurésie droite*

qui guérit spontanément, ne laissant qu'une petite opacité de la base et une réaction scissurale nette.

Cuti-réaction +.

Une cure de 5 mois au préventorium de Mégève a consolidé la guérison.

OBSERVATION 73. — L... Maurice, 11 ans.

Contact depuis décembre 1933 avec père tuberculeux.

En juillet 1934 : *pleurésie droite*. Cuti-réaction +. Résorption totale et apyrexie au bout d'un mois.

En octobre, le malade part pour Mégève; il en revient après 5 mois de cure en parfait état.

OBSERVATION 74. — O... Germaine, 8 ans.

Père tuberculeux pulmonaire depuis mars 1925; décédé en octobre. Contact pendant toute la durée de la maladie.

Le 6 janvier 1926 : début brutal d'une *pleurésie gauche*. La ponction ramène un liquide séro-fibrineux lymphocytaire.

La cuti-réaction est +.

L'évolution se fait en un mois et demi vers la résorption spontanée, mais la malade reste subfébrile. Elle quitte l'hôpital en mars pour rentrer dans sa famille.

En septembre 1926 : elle revient avec une lésion pulmonaire du sommet gauche (B. K. +).

Elle fait alors une cure d'un an en sanatorium et revient en très bon état.

Elle a été revue en mai 1928 et avait à ce moment une radiographie pulmonaire normale.

OBSERVATION 75. — D... Léon, 19 ans, comptable.

Contact avec sa mère tuberculeuse depuis décembre 1933 (hémoptysie).

En septembre 1934 : *pleurésie droite* peu abondante ; quelques cm³ de liquide à la ponction.

Cuti-réaction +.

Le début de la pleurésie a été insidieux, mais l'évolution rapide vers la guérison.

De novembre 1934 à janvier 1935, le malade fait une cure de 3 mois au préventorium de Mégève.

Il en revient avec une excellente santé qui s'est maintenue depuis. (Dernier examen en janvier 1937).

OBSERVATION 76. — L... Paul, 16 ans, étudiant.

Cohabitation *depuis un an* avec une sœur tuberculeuse pulmonaire, lorsqu'en avril 1934 survient une *pleurésie droite*.

La résorption se fait rapidement ; l'apyrexie est complète après un mois.

Une cure de 3 mois au préventorium de Mégève a consolidé la guérison.

OBSERVATION 77. — C. Gilbert, 6 ans.

Contact *depuis un an* avec père tuberculeux. Un frère vient de mourir de méningite tuberculeuse.

En juin 1933 : *rougeole* suivie d'une légère bronchite.

En juillet : *pleurésie* lymphocytaire droite à début brutal. Cuti-réaction +.

Traitement par la choline.

Résorption totale en 3 semaines.

On peut se demander ici si l'influence anergisante de la rougeole n'a pas favorisé le développement de la pleurésie.

Dans nos autres observations, la contamination est *extra-familiale*. Elle a donc une valeur plus grande.

Dans les deux observations suivantes, il s'agit d'enfants de famille parfaitement saine, jusqu'alors eux-mêmes bien portants, et qui ont dû séjourner à l'hôpital pour maladie infectieuse. A la suite de cette hospitalisation, ils ont eu une pleurésie tuberculeuse avec cuti-réaction positive. Etant donné l'absence de toute autre source de contagé, la contamination s'est presque certainement produite à ce moment.

On connaît du reste la fréquence, dans les services d'enfants, des contagions intra-hospitalières ; la création de

boxes individuels, réclamée par tous les pédiâtres, permettra de les éviter.

OBSERVATION 78. — S... A., 5 ans.

Une sœur tuberculeuse, hospitalisée depuis longtemps, sans aucun contact.

En mai 1935 : *rougeole* pour laquelle l'enfant a séjourné 3 semaines à l'hôpital.

Depuis, toux, fatigue, amaigrissement.

En septembre 1935 : *pleurésie droite* à début brutal hyperthermique. Ponction +. Cuti-réaction +.

La résorption du liquide se fait normalement en un mois, mais sur le cliché, une image d'adénopathie hilare persiste.

L'enfant est envoyé au préventorium d'Hendaye, il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION 79. — T... André, 8 ans.

Père mort de méningite tuberculeuse il y a 8 ans ; aucun autre antécédent à signaler.

En février 1933 : scarlatine, suivie de rougeole et de diphtérie ; l'enfant est hospitalisé pour ces maladies jusqu'au 10 juin 1933.

Le 6 juillet 1933 : début brutal d'une *pleurésie droite*. Epanchement abondant à formule lymphocytaire. Cuti-réaction +.

L'évolution se fait en 3 semaines vers la guérison.

Nous pouvons rapprocher de ces deux cas l'observation suivante où la contamination s'est produite en colonie de vacances : promiscuité avec un enfant et un professeur contagieux. Elle montre bien la nécessité des examens médicaux préventifs à l'entrée de toutes les communautés, ainsi que le danger des pensions mal tenues.

OBSERVATION 80. — F... Yves, 18 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En août 1930 part en colonie de vacances. Là, contact avec un

enfant qui fut isolé pour tuberculose pulmonaire, et un professeur qui toussait et crachait.

En mars 1931 : *pleurésie bilatérale* avec réaction péritonéale. Ponction +.

Rétrocession en un mois et demi.

En septembre 1932 part pour le préventorium de Mégève où il séjourne 7 mois. Il en sort en bon état mais conserve à la radioscopie un sinus gauche bloqué.

Jusqu'en septembre 1934, ce jeune homme reste en bonne santé ; à ce moment, il fait un *petit abcès froid thoracique* qui, traité par des injections d'antigène méthylique, se ferme en deux mois.

En octobre 1935, il revient avec une *lésion excavée du sommet gauche* (B. K. +) qui nécessite son envoi en sanatorium.

Nous ne reviendrons pas ici sur les observations d'étudiants en médecine et d'infirmières contaminés au cours de leurs stages. Nous les avons vues plus haut. Nous en rapprocherons l'observation suivante :

OBSERVATION 81. — B... Olga, 32 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Depuis septembre 1933, soigne une cousine tuberculeuse qui meurt en octobre 1934.

En novembre 1934 : *pleurésie droite* qui se résorbe en un mois, laissant peu de séquelles. La radiographie montre une zone d'opacité dans la région sous-claviculaire droite.

La malade part quand même pour le préventorium de Mégève; elle le quitte 3 mois après sans résultat appréciable, gardant un sommet droit à surveiller. Elle n'a pu être suivie depuis.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'une « transplantée », jeune fille ayant toujours vécu en pleine campagne et venant s'établir à Paris dans de mauvaises conditions. Elle fait sa pleurésie un an après.

OBSERVATION 82. — H... Fernande, 18 ans, domestique.

Aucun antécédent à signaler.

A toujours vécu en pleine campagne ; vient s'installer à Paris en février 1936.

En octobre 1936 : *pleurésie droite* très abondante (ponctionnée 2 fois).

Bonne résorption en 2 mois.

De décembre à mars, la malade séjourne dans une maison de repos à Paris.

Actuellement, elle va très bien.

Ces 23 observations relèvent donc de pleurésies survenues dans l'année qui suit un contage certain après une période variable de latence clinique. Nous avons trouvé la pleurésie :

2 fois,	1 mois,
1 fois,	2 mois,
2 fois,	3 mois,
3 fois,	4 mois,
3 fois,	5 mois,
5 fois,	6 mois,
1 fois,	7 mois,
1 fois,	8 mois,
1 fois,	9 mois,
1 fois,	10 mois,
1 fois,	11 mois,
2 fois,	12 mois,

après le contage, soit avec un maximum de fréquence (16 fois sur 22), dans les 6 mois qui le suivent immédiatement, et tout particulièrement dans des 4^e, 5^e et 6^e mois.

Remarquons que, pour établir ce tableau, nous avons toujours pris comme base la date du *début* du contage.

Il n'est pas certain que ce soit la date de la première pénétration du bacille (nous avons déjà vu dans l'observation n° 5 la cuti-réaction rester négative après 9 mois d'exposition). Les chiffres donnés ci-dessus ne peuvent donc être que supérieurs à l'ancienneté réelle de la contamination.

D'autre part, même en admettant que le premier contact ait été le contact infectant, il n'a marqué que le début de la période ante-allergique. Pour avoir la date de la primo-fixation, il faudrait retrancher des chiffres ci-dessus la durée de cette période. On sait combien elle est variable et difficile à déterminer. Les auteurs s'accordent pour lui donner une durée moyenne de 4 à 8 semaines. Les pleurésies que nous avons observées moins de 3 mois après le contage coïncident donc très probablement avec le virage tuberculinique. Nous n'en avons malheureusement pas la preuve.

On peut d'ailleurs nous opposer que le contage n'a servi ici qu'à réinfecter une tuberculose ancienne, contractée dans l'enfance, et latente jusque-là. Ici encore, comme nous n'avons ni preuve clinique, ni preuve tuberculinique à l'appui, il nous est difficile de répondre.

Nous avons groupé ces observations sur des signes de probabilité :

— nos malades avaient jusqu'alors été éloignés de toute source de contage,

— ils avaient toujours vécu dans d'excellentes conditions,

— leurs antécédents étaient absolument négatifs en matière de tuberculose.

Nous sommes donc autorisés à penser qu'il s'agit là de sujets neufs ayant fait leur pleurésie peu de temps après leur première rencontre avec le virus tuberculeux dont elle vient signaler la fixation.

L'allure clinique de ces pleurésies, leur évolution, leur guérison sans séquelle dans la très grande majorité des cas sont d'ailleurs très semblables à celles des pleurésies de primo-infection certaine.

4. — PRIMO-INFECTION NON REVELEE

Dans les observations précédentes, nous avons pu évaluer la date certaine ou probable de la primo-infection, soit que le malade ait subi des examens prophylactiques antérieurs, soit qu'il ait déjà présenté des manifestations tuberculeuses, soit que nous ayons été guidés par la notion d'un contagement récent.

Les autres observations ne nous ont rien révélé de semblable. La pleurésie a éclaté en pleine santé, chez des sujets parfaitement sains, n'ayant jamais eu de contact connu avec un bacillaire.

Remarquons d'ailleurs qu'il est regrettable qu'on n'ait pas trouvé l'origine de la contamination. Avec des enquêtes sociales mieux faites, on devrait la trouver beaucoup plus souvent, le dépistage des foyers de contagement devant être à la base de la lutte contre la tuberculose.

Nous résumerons nos observations pour pouvoir les comparer avec les précédentes.

OBSERVATION 84. — B... Roger, 18 ans, serrurier.

Aucun antécédent personnel ni héréditaire de tuberculose.
Aucun contact connu.

Pleurésie gauche à résorption lente en 1932, avec cuti-réaction positive.

Revu 2 ans plus tard, il ne présentait aucune séquelle clinique ou radioscopique.

OBSERVATION 85. — T... Georges, 15 ans, séminariste.

Aucun antécédent tuberculeux.

Aucun contact connu.

Pleurésie droite en septembre 1933 avec cuti-réaction positive. Au début de mars 1934, très amélioré, apyrétique depuis 4 mois, il part en préventorium à Mégève. Séjour de 3 mois sans aucun profit. Renvoyé car trop nerveux, aurait tendance à maigrir.

OBSERVATION 86. — B... Maurice, 14 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

Aucun contact connu.

En avril 1934 : *pleurésie droite* avec cuti-réaction positive qui laisse des séquelles discrètes.

Apyrétique à partir de juin, il part en août au préventorium de Mégève et y fait un séjour de 6 mois.

Malgré un ictère contracté pendant ce séjour, les résultats sont excellents, la guérison complète et sans séquelle.

OBSERVATION 87. — L... Léon, 21 ans.

A. H. Père décédé des suites de guerre (avait été gazé, mais sans contact).

En avril 1934 fait son service militaire.

En juin, après 3 mois de service, il contracte une *pleurésie gauche* pour laquelle il est réformé.

Les séquelles sont encore importantes en décembre; le malade fait alors un séjour de 4 mois au préventorium de Mégève; il revient en avril 1935, complètement guéri.

On pourrait se demander si, dans cette observation, la contamination ne s'est pas produite à l'arrivée à la caserne.

OBSERVATION 88. — M... Pierre, 16 ans. Etudiant.

Aucun antécédent suspect.

En mai 1934 : *pleurésie gauche*, avec cuti-réaction positive qui laisse des séquelles radiologiques importantes (sinus bloqué, diaphragme déformé) et un sommet droit mal illuminé.

Le 31 juillet il est transporté à Mégève avec un très mauvais état général.

Le 8 août, la température fait un clocher à 40°, et on observe le début d'une pleurésie droite.

Un mois plus tard il était dirigé en sanatorium pour foyer pneumonique juxta-hilaire gauche, bacilloscopie positive.

OBSERVATION 89. — B... Georges.

En juin 1934, *pleurésie droite*, ponction positive, cuti-réaction positive. Elle laisse des séquelles pleurales importantes à la base et dans la région axillaire.

De février 1935 à novembre, le malade fait un séjour de neuf mois au préventorium de Mégève. Il en revient en excellente santé; les séquelles pleurales ont en partie disparu.

OBSERVATION 90. — L... Henri, 21 ans. Epicier.

Aucun antécédent tuberculeux.

Aucun contact connu.

Très bien portant jusqu'en février 1934, il fait à ce moment une *pleurésie droite* ponctionnée.

Cuti-réaction positive.

Le malade se remet très rapidement de sa pleurésie qui ne laisse que des séquelles insignifiantes.

Il fait un séjour de 3 mois au préventorium de Mégève, dont il revient le 1^{er} février 1935 en parfaite santé.

OBSERVATION 91. — B... Armel, 17 ans. Etudiant.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie droite ponctionnée en septembre 1934; cuti-réaction positive.

Apyrétique depuis un mois, le malade part au préventorium de Mégève fin décembre.

Il en revient en août 1935 après un séjour de 8 mois avec un bon état général, une température stable, mais des séquelles radiologiques encore notables.

OBSERVATION 92. — L... Robert, 19 ans. Employé de bureau.

Antécédents : un frère tuberculeux pulmonaire depuis décembre 1932. Hospitalisé immédiatement, n'a jamais été en contact.

Pleurésie gauche en janvier 1934, qui laisse, outre quelques séquelles pleurales, quelques taches scléreuses au sommet gauche.

Cuti-réaction très positive.

D'avril à août 1934, séjour de 4 mois au préventorium de Mégève. Il en revient complètement guéri.

OBSERVATION 93. — P... Victor, 20 ans. Dessinateur.

Aucun antécédent à signaler.

En août 1934, à la suite d'une pyélonéphrite à colibacilles, *pleurésie droite*, cuti-réaction positive.

En octobre, il est en bon état mais conserve des séquelles radiologiques très importantes.

De février 1935 à juin, séjour de 4 mois 1/2 au préventorium de Mégève. Les résultats sont excellents; les séquelles ont à peu près disparu.

OBSERVATION 94. — D... Louis, 15 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Décembre 1933 : *pleurésie gauche* avec forte hyperthermie jusqu'en février 1934.

Cuti-réaction positive.

Au début de mai, l'apyrexie, la résorption du liquide sont faites depuis deux mois. Les séquelles radiologiques avec rétraction de la base sont importantes.

On autorise le départ à Mégève. Après deux mois au préventorium, le malade part en parfait état. Les séquelles pleurales sont minimales.

OBSERVATION 95. — L... Jacques, 21 ans.

A. H. : mère a eu une pleurésie et des abcès bacillaires; le malade a été en contact avec elle.

En décembre 1931 : *pleurésie droite*.

En avril 1933, il part pour le préventorium de Mégève;

après 4 mois, il en est renvoyé parce qu'asthénique, il ne tire aucun profit de sa cure. La radiographie montre des ombres hilaires et parahilaires douteuses.

La bacilloscopie est négative.

OBSERVATION 96. — H... Paul, 20 ans. Vigneron.

Aucun antécédent à signaler.

En décembre 1933 : *pleurésie droite* ponctionnée, à évolution un peu trainante. Deux mois de lit.

Cuti-réaction positive.

D'avril à juin 1934 : séjour au préventorium de Mégève qu'il quitte au bout de 2 mois 1/2 pour s'installer à la campagne. L'état général est excellent, mais les séquelles radiologiques sont encore très importantes.

OBSERVATION 97. — M... Michel, 19 ans. Architecte.

Aucun antécédent tuberculeux.

En septembre 1928 : *pleurésie droite*.

De décembre 1928 à 1929, passe un an au sanatorium de Mardor.

Revu en juillet 1930 : garde quelques frottements à droite, et la radiographie montre quelques taches calcifiées au sommet.

OBSERVATION 98. — D... Jacques, 21 ans. Aspirant de marine.

Aucun antécédent à signaler.

En janvier 1930 : *pleurésie gauche* ponctionnée.

En avril, la température est normale depuis un mois. Il persiste à gauche de la submatité et des séquelles radiologiques importantes. On autorise le départ au préventorium de Mégève.

En septembre, après un séjour de 4 mois, il revient peu amélioré, avec une légère perte de poids. Pendant son séjour, il avait cependant observé un repos presque absolu.

OBSERVATION 99. — D... Albert, 20 ans. Employé de banque.

Aucun antécédent à signaler.

En mai 1933 : *pleurésie gauche* très abondante. (A nécessité une ponction évacuatrice de 1 litre.)

En juillet la guérison survient et le malade est apyrétique; il garde une rétraction importante de l'hémithorax gauche.

En décembre, il part pour le préventorium de Mégève.

Il en revient après un séjour de 5 mois très amélioré mais gardant encore des séquelles radioscopiques : sinus gauche bloqué.

OBSERVATION 100. — B... Armand, 25 ans. Apprenti ajusteur.

Aucun antécédent de tuberculose.

En février 1933 : crise de rhumatisme articulaire aigu.

En avril 1933 : *pleurésie gauche* ponctionnée; cuti-réaction positive.

En mai, la température redevient normale, mais le malade conserve des séquelles importantes. La radiographie montre, outre un flou des deux-tiers inférieurs gauches, une réaction hilaire nettement visible. On n'ose envoyer directement le malade à la montagne et on lui fait faire une cure préalable dans l'Oise.

En novembre, il peut entrer au préventorium de Mégève et en sort après 4 mois complètement guéri.

OBSERVATION 101. — D... François, 20 ans. Etudiant.

Aucun antécédent à signaler.

En août 1933 : *pleurésie droite* à début insidieux, avec réaction hilaire et scissurale nette. Ponction positive.

L'évolution se fait en un mois vers la guérison.

En octobre, les séquelles cliniques et radiologiques sont encore importantes. La réaction de Besredka est négative; la réaction de Vernes positive : 90 et 96.

On décide l'envoi au préventorium de Mégève. Il en sort complètement guéri après un séjour de 5 mois 1/2.

OBSERVATION 102. — J... Emile, 15 ans. Séminariste.

Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Aucun contact pendant la maladie.

Aucun antécédent personnel à signaler.

En mai 1933 : *pleurésie droite* ponctionnée, de moyenne abondance. Cuti-réaction très positive.

En juin la température est normale et la résorption du liquide achevée.

Le malade fait, à partir d'octobre 1933, une cure de 4 mois au préventorium de Mégève; il en sort très amélioré, ne conservant que des séquelles radiologiques minimales.

OBSERVATION 103. — B... Paul, 17 ans. Apprenti mécanicien.

Père diabétique. Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie droite en juillet 1933. Cuti-réaction positive.

En novembre 1933, il ne persiste que quelques séquelles radiologiques : diaphragme peu mobile, hiles très chargés des deux côtés.

Une cure de trois mois au préventorium de Mégève améliore considérablement le malade.

OBSERVATION 104. — D... Paul, 18 ans. Dessinateur.

Aucun antécédent tuberculeux, mais rachitique; conditions sociales médiocres.

En décembre 1932 : *pleurésie gauche*. Convalescence difficile et *rechute* en février 1933. Cuti-réaction positive.

En avril 1933, la convalescence semble s'amorcer; il n'y a plus de température; le liquide est résorbé, mais les séquelles radiologiques sont importantes.

En mai, il peut partir pour le préventorium de Mégève; l'adaptation, malgré le repos complet, est difficile.

Après un séjour de 20 mois, il en sort guéri, mais conserve un sinus pleural accroché.

OBSERVATION 105. — T... Roger, 23 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En janvier 1935 : *pleurésie droite* importante; le liquide est long à se résorber.

En août, il persiste des signes cliniques et radiologiques de symphyse. L'état général est mauvais.

En octobre : départ pour Mégève. Le malade ne peut s'y maintenir à cause d'une sinusite chronique.

OBSERVATION 106. — E... Henri, 16 ans. Vendeur.

Aucun antécédent à signaler.

Le 15 juillet 1931 : *pleurésie droite* séro-fibrineuse, à début brutal, qui évolue en un mois vers la guérison. Séquelles légères.

De novembre 1931 à mars 1932, séjour de 4 mois au préventorium de Mégève. Il en sort en parfaite santé.

OBSERVATION 107. — B... Robert, 20 ans. Comptable.

En mars 1932 : *pleurésie droite* laissant quelques séquelles discrètes, des hiles très chargés.

De mai à juillet 1932, séjour de 3 mois 1/2 au préventorium de Mégève. Il en sort en parfaite santé, mais les séquelles radiologiques persistent : sinus bloqué, coupole festonnée.

OBSERVATION 108. — B... Jacques, 10 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Aucun contact connu.

En juin 1934 : *pleurésie droite*. Cuti-réaction très positive.

Après un mois, la température est normale.

Le 15 décembre, il ne reste que quelques signes : submatité de la base droite, et à la radioscopie, sinus bloqué.

On autorise le départ au préventorium de Mégève.

Dès son arrivée : décalage thermique qui persiste pendant tout le séjour. Cependant l'état général s'améliore, et après une cure de 3 mois, les séquelles radiologiques ont disparu.

OBSERVATION 109. — G... Fernand, 13 ans.

Aucun antécédent à signaler. Sept frères et sœurs bien portants.

En mars 1934 : *pleurésie droite*; cuti-réaction positive.

Un mois après, la température est normale; il persiste des frottements à la base droite, et de la submatité.

Signes radiologiques habituels.

Le 9 mai : arrive au préventorium de Mégève.

Jusqu'au mois de novembre, l'acclimatement est difficile; la température et le poids sont instables.

En mars 1935, quitte Mégève en parfait état sans séquelle, après une cure de 10 mois 1/2.

OBSERVATION 110. — R... Jacqueline, 10 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

Aucun contact connu.

En décembre 1929 : *pleurésie droite*.

La convalescence se fait normalement à Paris, et en avril, la température est stable, l'état général moyen.

La radiographie montre un épaississement pleural important, sans lésion parenchymateuse.

On autorise le départ pour le préventorium de Mégève; à l'arrivée, décalage thermique qui persiste malgré le repos absolu. L'examen physique est négatif. La radiographie ne montre que les séquelles pleurales. L'état général étant bon, on décide de garder l'enfant.

Après un séjour de 8 mois, très bon état physique et radiologique, mais la fébricule persiste.

OBSERVATION 111. — P... Jeanne, 15 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En octobre 1930 : *pleurésie gauche*, ponction positive.

Epanchement modéré.

En décembre : la température est stable; l'état général est bon. La radiographie ne montre qu'une grisaille de la base gauche; le parenchyme est normal.

Séjour à Mégève du 10 décembre au 4 avril (3 mois 1/2).

Guérison sans séquelle.

OBSERVATION 112. — C... Lucienne, 31 ans. Couturière.

Aucun antécédent à signaler.

En juin 1930 : *pleurésie droite* à début aigu. Ponction +.

En novembre : la guérison semble manifeste.

La radiographie montre une grisaille de la base droite; pas de lésions parenchymateuses.

Départ pour le préventorium de Mégève dont elle sort quatre mois après avec un excellent état général. Pas de séquelles.

OBSERVATION 113. — M... Juliette, 8 ans.

Mère a eu une pleurésie ancienne.

Aucun contact connu. Logement aéré et ensoleillé.

En août 1932 : *pleurésie droite*; ponction +; cuti-réaction positive. Evolution thermique en un mois.

En novembre part pour le préventorium de Mégève : décalage thermique à l'arrivée.

Pendant une année environ, la température et le poids restent instables; la radiographie montre, outre un diaphragme festonné, une importante réaction hilaire et parahilaire.

A partir de mars 1934, les progrès deviennent rapides, et la malade peut quitter Mégève en novembre 1934 en parfait état, avec des séquelles minimales. (Séjour de 2 ans).

OBSERVATION 114. — B... Henriette, 20 ans. Aide des postes.

Père gazé de guerre; mort de tuberculose pulmonaire en 1921. Sans aucun contact avec sa fille.

Aucun antécédent personnel à signaler.

En novembre 1931 : *pleurésie droite* à petit épanchement; la résorption s'est produite normalement; le 30 décembre elle était achevée et la température était normale.

En janvier, part pour le préventorium de Mégève.

L'adaptation est difficile et la température longtemps instable.

Après un séjour de 11 mois, la malade peut cependant quitter Mégève en bon état avec des séquelles minimales.

OBSERVATION 115. — L... Germaine, 18 ans. Sténo-dactylo.

Aucun antécédent à signaler.

En décembre 1931 : *pleurésie gauche* avec épanchement minime.

En juillet 1932, la température est normale, mais l'état général médiocre, et les séquelles pleurales encore importantes.

La malade fait alors une cure de 3 mois au Préventorium de Mégève; elle en revient en parfait état.

OBSERVATION 116. — M... Yvonne, 17 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En décembre 1931 : *pleurésie gauche*.

En juin 1932 : *pleurésie double* importante (a nécessité une ponction évacuatrice). La guérison en est cependant rapide.

En octobre 1932 : la température est stable, l'état général bon. La cuti-réaction est positive. La radioscopie montre un sinus gauche bloqué.

La malade fait alors une cure de 6 mois au préventorium de Mégève; elle en revient en parfait état, et sans séquelle.

OBSERVATION 117. — L... Geneviève, 19 ans.

Aucun antécédent à signaler.

En août 1932 : *pleurésie gauche*.

En décembre 1932 : *pleurésie droite*.

La convalescence, à domicile, est longtemps traînante.

En novembre 1933, bien que la température soit normale et l'état général bon, il persiste des séquelles physiques et radiologiques importantes. La cuti-réaction est positive.

On envoie alors la malade au préventorium de Mégève; dès l'arrivée, décalage thermique.

Cependant, l'état s'améliore rapidement, et après un séjour de 5 mois 1/2, la malade peut quitter Mégève complètement guérie.

Remarquons dans ces deux observations la récurrence pleurale 6 mois après la première atteinte, alors qu'on n'avait pas modifié les conditions d'existence.

OBSERVATION 118. — S... Colette, 20 ans.

Un frère atteint de tuberculose pulmonaire depuis juin 1934, en sanatorium.

Pleurésie droite le 8 avril 1934. Quelques séquelles radiologiques. Cuti-réaction fortement positive.

Après une cure de trois mois à Mégève, il ne reste que des séquelles minimes.

OBSERVATION 119. — D... Denise, 19 ans.

Aucun antécédent. Bonnes conditions de vie.

En septembre 1934 : *pleurésie droite* abondante, ayant nécessité une ponction évacuatrice de 4 litres. Laisse de très grosses séquelles pleurales.

En novembre, envoyée à Mégève : la cuti-réaction est très positive. En sort en mai 1935 très améliorée. Augmentation de poids de 11 kgs, régression considérable des séquelles pleurales.

OBSERVATION 120. — F... Colette, 19 ans. Vendeuse.

Aucun antécédent tuberculeux.

En juin 1934 : crise d'appendicite.

En octobre 1934 : *pleurésie droite* laissant des séquelles très importantes : opacité de la base. Cuti-réaction fortement positive.

Un séjour de quatre mois à Mégève (décembre-avril) donne d'excellents résultats avec régression remarquable des séquelles.

OBSERVATION 121. — H... Suzanne, 26 ans. Vendeuse.

Aucun antécédent tuberculeux.

En mars 1934 : *pleurésie droite*, laissant une obscurité de la base droite. La cuti-réaction est positive.

Arrive à Mégève en mai 1934. Sort en août semblant guérie au point de vue pleural et pulmonaire, mais présente une fébricule persistante avec douleur à la fosse iliaque droite; (peut-être tuberculose abdominale). N'a pu être suivie.

OBSERVATION 122. — L... Marie-Thérèse, 26 ans. Assistante sociale.

Antécédents : une sœur a fait une pleurésie séro-fibrineuse en 1932-33.

En décembre 1933 : *pleurésie séro-fibrineuse droite* qui se résorbe mal.

Après une cure de trois mois à Mégève, se trouve en parfaite santé, les séquelles ayant disparu.

OBSERVATION 123. — L... Rose, 25 ans. Domestique.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie gauche en octobre 1933, laisse de la submatité gauche et des séquelles radiologiques très importantes, une cuti-réaction positive.

Envoyée à Mégève en février 1934. En mars, touse avec expectoration; l'analyse des crachats est négative.

En avril est renvoyée, le cas étant limite pour Mégève, bien que sans tuberculose nette.

OBSERVATION 124. — L... Simone, 22 ans.

Aucun antécédent familial ni maladie pulmonaire antérieure.

Février 1934 : *pleurésie gauche* avec séquelles importantes, sinus gauche accroché. La cuti-réaction est positive.

Après une cure de deux mois à Mégève, l'état général est devenu très bon, mais les séquelles radiologiques restent importantes.

OBSERVATION 125. — N... Régine, 22 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie gauche en novembre 1933, laisse des séquelles minimes; cuti-réaction positive.

Séjour à Mégève de février à juin 1934 mal supporté. Se remet d'un petit accident fébrile, mais sort peu améliorée.

OBSERVATION 126. — V... M., 23 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

En novembre 1934, *pleurésie gauche* de courte évolution, laissant un voile de la base gauche; cuti-réaction positive.

Cure de deux mois à Mégève; guérison sans séquelle.

OBSERVATION 127. — D... Suzanne, 13 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse droite en juin 1935. La radiographie montre le sinus droit accroché, la cuti-réaction est fortement positive.

Une cure de cinq mois à Mégève (avr.-sept. 1935) ne laisse subsister aucun reliquat clinique.

OBSERVATION 128. — B... Laure, 14 ans, vendeuse.

Aucun antécédent mais conditions de vie médiocres.

Pleurésie gauche en oct. 1934. Séquelles très importantes. Cuti-réaction fortement positive.

Cure à Mégève du 16 janv. au 15 avr. 1936. Son état s'améliore mais elle conserve des séquelles axillaires.

OBSERVATION 129. — D... Mauricia, 20 ans, gouvernante d'enfants.

Aucun antécédent.

Pleurésie droite en oct. 1934 : séquelles discrètes, sinus acroché. Cuti-réaction fortement positive.

Cinq mois à Mégève ont fait disparaître les séquelles.

OBSERVATION 130. — D... Violette, 19 ans, vendeuse.

Aucun antécédent familial ; broncho-pneumonie en 1918 ; appendicite avec péritonite en 1934.

Pleurésie droite en mars 1935.

Part à Mégève en mai, la pleurésie étant encore incomplètement résorbée. Cuti-réaction positive. D'abord amélioration puis, en fin juin, apparition de fièvre, puis de *tuberculose du poumon gauche*.

OBSERVATION 131. — M... Odette, 21 ans, manutentionnaire.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche en 1934 a laissé des séquelles importantes et quelques taches scléreuses aux deux sommets. Elle est envoyée à Mégève sous réserve, mais supporte très bien la cure. Au quatrième mois, l'état pulmonaire est satisfaisant.

OBSERVATION 132. — D... Geneviève, 12 ans.

N'a pas d'antécédents tuberculeux.

A reçu du B. C. G.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche à 7 ans suivie d'un séjour à Hendaye, puis de deux ans au Glandier.

Il reste des petites séquelles à gauche. Va bien actuellement. OBSERVATION 133. — D... Robert, 21 ans, ferblantier.

Sans antécédent tuberculeux.

Pleurésie droite en déc. 1934, constatée à la visite d'incorporation au service militaire. Evolution en deux mois. La cuti-réaction est positive.

Envoyé à Mégève en avril 1935, y reste deux mois. Il garde des séquelles radiologiques : sinus droit en partie comblé, illumination diminuée du champ pulmonaire.

Il reprend le travail en juillet 1935.

En avril 1936, *tuberculose droite*, envoyé en sanatorium.

OBSERVATION 134. — D... Charles, 20 ans, étudiant.

Aucun antécédent tuberculeux.

En mars 1934, *pleurésie gauche* ; fait à la suite un séjour en préventorium dans l'Oise où il maigrit. Il présente un cul-de-sac bloqué et tout le côté gauche légèrement gris. La cuti-réaction est positive.

Il passe cinq mois à Mégève (août-décembre 1934) et garde des taches sous-hilaires gauches suspectes.

En juillet 1936 : lésion pulmonaire.

OBSERVATION 135. — B... Denise, 14 ans et demi.

A une sœur de 17 ans tuberculeuse, en sanatorium depuis un an.

Pleurésie gauche évoluant en deux mois. La cuti-réaction est positive.

N'a pu être suivie.

OBSERVATION 136. — P... Jacqueline, 7 ans et demi.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie droite à début brusque ; la température se maintient à 40° pendant douze jours. La cuti-réaction est positive. Puis la température baisse lentement et la guérison est obtenue au bout d'un mois sans séquelle.

Traitement à l'antigène méthylique.

OBSERVATION 137. — G... Claudine, 15 mois.

Bien portante jusqu'à 13 mois, puis manque d'appétit et amaigrissement.

Pleurésie droite avec cuti-réaction positive et infiltration parenchymateuse importante.

Recherche de bacilles après lavage d'estomac : négative.

Non suivie.

OBSERVATION 138. — D... Elise, 12 ans et demi.

Sans antécédents. Contacts inconnus.

Pleurésie gauche ponctionnée en déc. 1934, laissant une opacité de la base. La cuti-réaction est positive.

Le séjour à Mégève d'avril à septembre procure la guérison avec une augmentation de poids de 12 kg.

OBSERVATION 139. — P. L. Henriette, 22 ans, dactylo.

Mère ayant eu une pleurésie sèche il y a 3 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche en mars 1935, laissant la base gauche collée. Cuti-réaction positive.

Le séjour à Mégève, de mai à septembre, améliore beaucoup les séquelles pleurales.

OBSERVATION 140. — H... Marguerite, 20 ans, vendeuse.

Sans antécédent tuberculeux ni contact connus.

Pleurésie gauche en juillet-août 1935 laisse une symphyse pleurale de la base gauche et quelques frottements pleuraux. A une cuti-réaction positive.

Cure de cinq mois à Mégève (nov. 35-avr. 36) ne laissant que des séquelles pleurales minimes.

OBSERVATION 141. — R... Raymonde, 21 ans, dactylo.

Aucun antécédent ni contag.

En septembre 1935, *pleurésie séro-fibrineuse droite* nécessitant une ponction, puis retour rapide de la température à la normale. Séquelles discrètes, sinus droit accroché. Cuti-réaction positive.

De décembre à avril, quatre mois à Mégève réduisent au minimum les séquelles.

OBSERVATION 142. — B... Lucien.

Pleurésie gauche en 1931 suivie d'un séjour à Mégève de huit mois.

Le diaphragme gauche reste peu mobile et les tractus sus-hilaires gauches sont accentués.

Revu trois ans après, était en excellente santé.

OBSERVATION 143. — P... Raoul, 20 ans, photographe.

Aucun antécédent, contacts inconnus.

Pleurésie droite en décembre 1933 sans liquide, laissant des séquelles à la base droite.

Mai-juin 1934, séjour à Mégève ; conserve des séquelles notables. Cuti-réaction positive.

Se repose à la campagne pendant l'été.

Octobre-décembre 1934, second séjour à Mégève ; ne garde plus que des séquelles minimales.

OBSERVATION 144. — M... Marcel, 20 ans, employé de commerce.

Aucun antécédent tuberculeux.

De janvier à mars 1934, *pleurésie droite* ayant nécessité une ponction, laissant une diminution des mouvements du diaphragme droit.

Juillet 1934 : quitte Mégève après une cure de trois mois bien portant avec des séquelles minimales.

OBSERVATION 145. — L... Roland, 14 ans, apprenti ajusteur.

Pleurésie droite en mars 1934 laissant une déformation du diaphragme et quelques taches parenchymateuses.

Séjour à Mégève de juillet à décembre 1934, régression remarquable des séquelles et augmentation de poids de 6 kg.

OBSERVATION 146. — C. B... Maurice, 19 ans, étudiant.

Aucun antécédent, pas de contact connu.

Pleurésie droite en mai 1932 laissant un épaissement pleural droit.

Mars 1934, l'arrivée à Mégève provoque une amélioration. La cuti-réaction est positive.

Mai-juin 1934, commence à souffrir du côté gauche, puis quitte Mégève avec une *pleurésie gauche* devenue chronique et une réaction sous-hilaire droite.

OBSERVATION 147. — C... André, 18 ans, imprimeur.

Aucun antécédent, bonnes conditions de travail.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche à séquelles minimales. Cuti-réaction positive.

Cure de trois mois à Mégève donnant de très bons résultats.

OBSERVATION 148. — L... Etienne, 17 ans, étudiant.

Pleurésie droite en avril 1934 laissant une symphyse pleurale de la base. Cuti-réaction positive.

Séjour à Mégève de septembre 1934 à mars 1935 : disparition presque totale des séquelles.

OBSERVATION 149. — H... Ginette, 9 ans.

Depuis deux mois, toux et fièvre ; débuts d'une pleurésie axillaire gauche. Cuti-réaction positive. La fièvre constante pendant le premier mois diminue au cours du second.

Elle quitte l'hôpital avec un blocage du sinus costo-diaphragmatique.

OBSERVATION 150. — B... Madeleine, 14 ans.

Bien portante auparavant. Grand'mère bacillaire mais sans contact.

Pleurésie droite à début brusque, la fièvre décroissant progressivement en un mois et demi. Cuti-réaction positive. Le sinus droit reste accroché.

Traitement : Iodaseptine et séances de rayons ultra-violets.

Deux mois après la température remonte et il y a des signes de *pleurite droite*. Envoyée à Hendaye, cette malade n'a pu être suivie.

OBSERVATION 151. — C... Lucy, 15 ans, travaille en atelier.

Ni antécédent ni contact dans l'entourage.

Pleurésie droite à début insidieux ; cuti-réaction positive. L'évolution dure un mois et demi. Il reste un voile de la base droite et le sinus est comblé.

OBSERVATION 152. — L... Marcelle, 7 ans.

Pleurésie gauche avec cuti-réaction positive. Fièvre peu élevée, cédant en moins d'un mois. Il reste seulement un voile du tiers inférieur de l'hémithorax avec diminution de la mobilité du diaphragme.

N'a pu être suivie.

OBSERVATION 153. — C... Renée, 16 ans, travaille en atelier.

Père mort tuberculeux, mais sans aucun contact.

Pleurésie gauche à résorption normale en un mois et demi. Cuti-réaction positive.

OBSERVATION 154. — L... Lucien, 4 ans.

Aucun antécédent, élevé à la campagne.

Pleurésie gauche à début brusque et évolution progressive en un mois et demi. Cuti-réaction positive.

OBSERVATION 155. — B... Ernest, 13 ans et demi.

Aucun antécédent, aucun contact bacillaire.

Début très insidieux, l'enfant ne s'alite pas. Puis *épanchement pleural* très abondant nécessitant deux ponctions évacuatrices de 500 et 250 cm³. Cuti-réaction positive. Température instable entre 37° et 38°. Evolution en deux mois.

OBSERVATION 156. — L... Eugène, 14 ans et demi.

Mère décédée, avait des adénites cervicales fistulisées.

Pleurésie gauche à début très insidieux avec petit épanchement. Cuti-réaction positive. Après 15 jours d'évolution nouvelle, élévation de la température et *reprise de l'épanchement* qui devient plus abondant.

Traitement : chlorure de calcium, puis salicylate de soude. Evolution en deux mois. N'a pu être suivi.

OBSERVATION 157. — C... Henri, 12 ans et demi.

Aucun antécédent, aucun contact bacillaire.

Pleurésie droite débutant brusquement et évoluant en un mois et demi. Cuti-réaction positive.

Traitement : chlorure de calcium.

OBSERVATION 158. — G... Bernard, 8 ans et demi.

Aucun antécédent, aucun contact.

Pleurésie gauche à début brusque. Cuti-réaction positive.

Traitement : chlorure de calcium, puis injections de choline.

Evolution en un mois et demi ; il reste un cul-de-sac effacé et le diaphragme est légèrement déformé.

OBSERVATION 159. — G... Henri, 8 ans et demi.

Parents bien portants, aucun contact connu.

Pleurésie gauche avec épanchement pleural abondant : ponction évacuatrice de 700 cm³.

Traitement : injections de choline.

Evolution en un mois et demi vers la résorption.

N'a pu être suivi.

OBSERVATION 160. — D. C. Geneviève, 17 ans.

Aucun antécédent.

En novembre 1935 : *pleurésie gauche* évoluant en un mois et demi. Il subsiste de la submatité et une opacité importante de la base.

En janvier 1936 arrive à Mégève. A une cuti-réaction positive. L'état s'améliore pendant les deux premiers mois, puis apparaissent des *signes pleuraux à la base droite*. Cette récédive semble évoluer favorablement.

La malade n'a pu être suivie.

OBSERVATION 161. — L... Edouard, 9 ans et demi.

Mère ayant eu une pleurésie sèche il y a 7 ans.

A eu une péritonite appendiculaire opérée il y a deux ans, les oreillons il y a trois semaines.

Pleurésie gauche évoluant en un mois. Cuti-réaction positive. Conserve de la matité à la base gauche.

OBSERVATION 162. — T... René, 7 ans et demi.

Sans antécédent tuberculeux.

Le 25 mai 1931 : *pleurésie gauche* résorbée en un mois. Cuti-réaction positive.

Le 15 juillet : la température est encore instable et il reste un voile du sinus costo-diaphragme gauche.

Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 163. — D... Bernard, 18 ans, étudiant.

Sœur ayant eu une pleurésie.

Pleurésie droite en juillet 1933 durant un mois. Séquelles pleurales : sinus droit accroché. Cuti-réaction positive.

Arrive à Mégève en octobre 1933 ; la température est instable à l'arrivée et bientôt le malade a la rougeole.

Au bout de huit mois, il sort cependant en bon état avec des séquelles radiologiques minimales, mais la température n'est pas encore tout à fait régulière.

OBSERVATION 164. — D... Roland, 17 ans, employé de bureau.

Pleurésie gauche en janvier-février 1934 ayant nécessité une ponction. Il reste une grosse ombre de la base. Cuti-réaction positive.

Traitement à Megève de mai à août ne laissant que des séquelles insignifiantes.

OBSERVATION 165. — C... Gilbert, 21 ans, employé de magasin.

Femme atteinte de tuberculose pulmonaire.

Pleurésie gauche laissant de très grosses séquelles. Cuti-réaction positive.

Cure de quatre mois à Mégève. Il y a de grands progrès, mais le cul-de-sac gauche reste collé.

OBSERVATION 166. — C... Louis, 25 ans, métreur.

En septembre 1933, *pleurésie séro-fibrineuse droite* laissant

un sinus bloqué et des taches scléreuses au sommet droit.
Cuti-réaction positive.

Cure à Mégève de décembre 1933 à août 1934 ; sort avec un bon état pleural et un état pulmonaire très amélioré. Excellent état général.

En septembre 1936 est toujours en bonne santé.

OBSERVATION 167. — C... Maurice, 29 ans, employé de banque.

Aucun antécédent ni contact à signaler.

Pleurésie droite en octobre 1934 ; laisse des séquelles pleurales légères et un sommet droit à surveiller.

En mai 1935, séjour d'un mois à Mégève, amélioration de l'état général, mais séquelles inchangées (cure trop courte).

N'a pu être suivi.

OBSERVATION 168. — B... Alexandre, 21 ans, employé de banque.

Père mort en 1913 de méningite tuberculeuse.

Réformé temporaire d'après radiographie.

Pleurésie droite en 1927 suivie d'un séjour de quatre mois à Mardor. Ne laisse aucune séquelle.

En janvier 1930 est encore en parfaite santé.

OBSERVATION 169. — B... Jean, 23 ans, étudiant.

Aucun antécédent ni contact tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse droite en 1925 suivie d'un repos de deux ans dans la Haute-Loire.

En décembre 1933, il conserve un cul-de-sac droit bouché, mais est encore en parfaite santé.

En 1935, il fait son service militaire sans incidents.

OBSERVATION 170. — B... Henri, 21 ans, téléphoniste.

Mai 1933, débute par une *péritonite tuberculeuse*.

Juin 1933, *pleurésie séro-fibrineuse droite* se résorbant en deux mois. Il garde un hile droit très chargé avec ganglions intra-parenchymateux.

Séjour six semaines à Chatou sans progrès.

Cuti-réaction positive.

Octobre 1933-mai 1934, séjour à Mègeve avec excellents résultats : augmentation de poids de 3 kg., conserve seulement une grisaille homogène aux deux sommets et un sinus droit accroché.

Suivi jusqu'en novembre 1936, état toujours bon, sinus droit éclairci.

OBSERVATION 171. — C... Jean, 11 ans et demi.

Sans antécédent tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse droite débutant brusquement, très abondante (1 ponction de 200 cm³), évoluant en un mois et demi. Cuti-réaction positive.

OBSERVATION 172. — F... Raymond, 8 ans et demi.

Aucun contact ni antécédent.

Pleurésie droite à début insidieux et longue phase d'imprégnation. Evolue en un mois.

Cuti-réaction positive.

OBSERVATION 173. — M... Jacqueline, 9 ans et demi.

Mère atteinte depuis deux ans d'un mal de Pott lombaire, en contact.

Pleurésie séro-fibrineuse droite en août 1934. Il reste en décembre une image parenchymateuse para-hilaire droite, de primo-infection probable.

Cuti-réaction très fortement positive.

Décembre-juin 1935, séjour à Mègeve. A l'arrivée décalage de température.

A la sortie, l'image para-hilaire présente des calcifications et le sinus droit est accroché.

Suivie jusqu'en novembre 1936, il y a amélioration de l'état radiologique et toujours bon état général.

OBSERVATION 174. — F... Robert, 15 ans, étudiant.

Mère ayant eu une pleurite. Conditions de travail et de vie mauvaises.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche ayant nécessité une ponc-

tion évacuatrice. Se termine en un mois. Il reste un hile chargé et un sinus comblé. La cuti-réaction est positive.

Envoyé à Mégève avec surveillance, y fait une cure de cinq mois et en sort guéri avec des séquelles insignifiantes.

OBSERVATION 175. — M... Marie-Thérèse, 24 ans, modiste.
Mère ayant eu une pleurésie il y a 7 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite laissant des taches discrètes à l'apex droit. Cuti-réaction positive.

Une cure de cinq mois à Mégève ne laisse que des séquelles radiologiques minimales : sinus droit accroché ; augmentation de poids de 6 kg.

Suivie deux ans, toujours en parfaite santé.

OBSERVATION 176. — H... Suzanne, 21 ans, lingère.

Frère ayant eu une pleurésie il y a trois ans.

Pleurésie droite en 1928 ayant entraîné cinq mois, puis envoyée deux mois à Sallanches. L'état général reste mauvais et les séquelles radiologiques importantes.

Juillet 1929 arrive à Mégève en préventorium, l'état général reste stationnaire, la pleurite persiste avec un peu de température.

En juin 1930, l'état commence à s'améliorer ; elle quitte Mégève en octobre après 16 mois de cure, guérie, avec des séquelles minimales.

Avril 1933, en bonne santé, radioscopie normale.

OBSERVATION 177. — M... Gabriel, 15 ans, employé de bureau.

Père ayant une bronchite chronique.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche en septembre 1934 l'ayant maintenu deux mois alité. Laisse un sinus gauche bouché. Cuti-réaction positive.

Février-mai 1935, trois mois à Mégève procurent la guérison complète et un gain de poids de 5 kg.

OBSERVATION 178. — H... Gilbert, 17 ans, électricien.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse en mars 1935 laissant des séquelles très importantes. Cuti-réaction positive.

Cure de quatre mois à Mégève : séquelles insignifiantes. Etat général excellent.

OBSERVATION 179. — L... Yvonne, 27 ans, secrétaire.

Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 13 ans mais sans qu'il y ait eu contact.

Pleurésie droite en novembre 1933, traitée par la crysalline laissant une déformation du diaphragme. Cuti-réaction fortement positive.

Mars 1934 arrive à Mégève ; décalage de la température. Sort au bout de deux mois avec le même poids et des séquelles peu améliorées.

OBSERVATION 180. — L... Thérèse, 21 ans.

Sans antécédent ni contact avec des malades.

Pleurésie séro-fibrineuse droite en septembre 1934 laissant un sinus bloqué. Cuti-réaction fortement positive.

Décembre 1934-avril 1935 séjour à Mégève ; malgré une grippe sévère à réaction méningée les séquelles disparaissent presque complètement et le poids augmente de 8 kg.

OBSERVATION 181. — L. G... Simone, 15 ans.

Aucun contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse droite en mars 1933 avec séquelle importante. Cuti-réaction positive.

Séjour à Mégève de juin à novembre 1933 donnant d'excellents résultats : séquelles minimales et poids augmenté de 9 kg.

OBSERVATION 182. — M... Pierre, 12 ans et demi.

Père mort à 66 ans d'une tuberculose intestinale ; mère et autres enfants bien portants.

Début brutal avec température de 39° et allure typhique. Cuti-réaction positive. Au bout de huit jours la fièvre descend et il apparaît un *épanchement pleural gauche*. Le liquide tu-

berculise le cobaye. Puis la température remonte et reste instable jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Deux mois plus tard, la guérison semble obtenue, mais le sinus gauche reste bloqué.

OBSERVATION 183. — L... Louis, 11 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite à évolution rapide en quinze jours laissant des séquelles minimales.

OBSERVATION 184. — D... Christian, 10 ans.

Le père et la mère auraient eu une hémoptysie il y a deux ans, mais ne sont pas bacillifères. Les deux sœurs ont une cuti-réaction négative.

Pleurésie séro-fibrineuse à début aigu : température élevée pendant 20 jours ; cuti-réaction positive. Evolution en un mois et demi vers la résorption.

OBSERVATION 185. — L... André, 14 ans.

Sans antécédent familial particulier.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche débutant par une montée thermique à 40°, puis température en plateau à 38°.

Ensuite descente et terminaison en un mois.

Cuti-réaction phlycténulaire très positive.

OBSERVATION 186. — L... André, 17 ans, apprenti chaudronnier.

Pleurésie droite en janvier 1935 laissant une obscurité de la base droite et un sinus comblé. Cuti-réaction positive.

Avril-juin : séjour à Mégève : les séquelles deviennent insignifiantes ; a augmenté de 2 kg.

OBSERVATION 187. — H... Maurice, 17 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse droite. Résorption en un mois, laissant la base obscurcie. Cuti-réaction positive.

Cure de six mois à Mégève ; séquelles insignifiantes. Etat de santé excellent.

OBSERVATION 188. — H... Philippe, 11 ans et demi.

Mère ayant eu une pleurésie sèche mais actuellement bien portante. 17 enfants dont 7 vivants ; les autres sont morts d'affections non tuberculeuses.

Juin 1933 : début très insidieux d'une *pleurésie séro-fibrineuse*. Cuti-réaction positive. La température est oscillante ; la guérison s'obtient en un mois et demi.

Traité au chlorure de calcium puis à la choline.

OBSERVATION 189. — L. M... Jacques, 8 ans.

Pas d'antécédent, pas de contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse droite à début brusque et température à grandes oscillations. Stabilisation à la fin du premier mois.

Traitement : chlorure de calcium.

N'a pu être suivi.

OBSERVATION 190. — G... Colette, 14 ans.

Aucun antécédent ni contact tuberculeux.

En octobre 1930, *pleurésie séro-fibrineuse droite* laissant une obscurité de la base.

Février-juin 1931, cure à Mégève : guérison des séquelles pleurales. A maigri de 4 kg., mais son poids de 59 kg. était très supérieur à la normale. Bon état général.

OBSERVATION 191. — G... Renée, 19 ans, dactylo.

Aucun contact connu. Broncho-pneumonie à 15 ans et appendicectomie en février 1933.

Mars 1933 : *pleurésie séro-fibrineuse droite* laissant de grosses séquelles : sinus droit comblé avec légère obscurité, hile chargé. Cuti-réaction positive.

Décembre 1933-août 1934 : séjour à Mégève ; amélioration de l'état général et des signes radiologiques.

OBSERVATION 192. — B... Francis, 7 ans et demi.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche ; cuti-réaction positive. La température d'abord à 39°, descend le troisième jour, mais

reste décalée jusqu'à la fin de l'évolution qui dure un mois et demi.

Traitement : injections de choline.

N'a pu être suivi.

OBSERVATION 193. — G... Madeleine, 21 ans.

Une sœur a eu une pleurésie récente (cf. obs. n° 39).

Pleurésie droite en septembre 1933 dont il reste des séquelles importantes malgré une reprise de poids.

Janvier 1934 : arrivée à Mégève, est mise en surveillance. Cuti-réaction positive.

Février. *Pleurésie séro-fibrineuse gauche* avec épanchement abondant évoluant d'abord favorablement, puis en avril *rechute* à gauche sans liquide. L'état s'améliore ensuite de nouveau.

Cette malade n'a pu être suivie.

OBSERVATION 194. — D. G... Jean, 11 ans.

Aucun antécédent ni contact connu.

Octobre 1934 : *pleurésie droite* le maintenant au lit un mois et demi avec fièvre ; laisse des séquelles très importantes, surtout axillaires, et un état général médiocre.

Arrive à Mégève en décembre ; cuti-réaction positive, la température reste décalée. Au bout de deux mois, il est renvoyé dans un préventorium de plaine, car il ne tire aucun profit de sa cure.

OBSERVATION 195. — G... Lucien, 21 ans, employé de banque.

Aucun antécédent familial, aucun contact tuberculeux.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche en janvier 1935, laissant une opacité de la base gauche.

Arrive à Mégève en avril et part en juillet avec des séquelles insignifiantes (sinus gauche à mobilité réduite) et un état général très bon.

OBSERVATION 196. — G... Robert, 16 ans, étudiant.

Août 1930 : *pleurésie séro-fibrineuse droite* avec épanche-

ment sans atteinte parenchymateuse. Ne laisse pas de séquelles.

Octobre 1933 : après une cure de dix mois à Mégève, la guérison est parfaite et il reprend son travail.

Mai 1933 : *hémoptysie* ; on lui fait un pneumothorax gauche qui réussit bien.

OBSERVATION 197. — L... Daniel, 2 ans et demi.

Bien portant jusqu'alors ; aucun contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse droite. Cuti-réaction positive. La température oscillante décroît lentement.

L'enfant quitte l'hôpital au bout d'un mois et demi avant la stabilisation. Il n'a pu être suivi.

Traité au chlorure de calcium pendant le premier mois.

OBSERVATION 198. — G... Jean, 18 ans, cartonnier.

Une sœur morte à 5 ans de congestion pulmonaire. Aucun contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche à début brusque et évolution en un mois. Se rétablit bien mais garde de grosses séquelles pleurales à la base gauche.

Cuti-réaction positive.

Cure de deux mois à Mégève. Il conserve encore des séquelles notables mais l'état général est très bon.

OBSERVATION 199. — F... Arlette, 19 ans, dactylo.

Aucun antécédent, aucun contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche en août 1934, ayant été ponctionnée ; température normale en septembre, mais respiration diminuée et état général médiocre. Opacité de la base gauche. Cuti-réaction fortement positive.

Cure à Mégève de décembre 1934 à mars 1935 : résultat bon dans l'ensemble, mais régression incomplète des séquelles : opacité dans la région sous-hilaire gauche.

OBSERVATION 200. — A... René, 20 ans, comptable.

Parents bien portants, aucun contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche en avril 1935. Garde une opacité de la base gauche. Cuti-réaction positive.

Arrive à Mégève en août 1935. Les séquelles régressent lentement. Est obligé de partir en janvier : l'état général est très bon, le poids a augmenté de 5 kg., mais les séquelles sont encore importantes.

N'a pu être suivi.

OBSERVATION 201. — G... Louis, 5 ans et demi.

Aucun antécédent, aucun contact connu.

Pleurésie séro-fibrineuse débutant brusquement. Cuti-réaction positive.

La fièvre reste en plateau à 38° pendant deux mois. La résorption se fait mal. Les séquelles pleurales sont encore très importantes au bout de trois mois, et semblent évolutives.

Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION 202. — C... Jacques, 9 ans.

Père avec syphilis traitée.

Arriération mentale et B. W. positif ; est traité régulièrement dans une école de rééducation.

Pleurésie séro-fibrineuse droite simulant une typho-bacillose. La température élevée les dix premiers jours, reste en plateau vers 38° pendant près de deux mois puis décroît lentement en oscillant pendant le troisième mois. N'est pas encore rétabli quand il quitte l'hôpital. Il garde un cul-de-sac comblé et un hile chargé.

OBSERVATION 203. — B... Marie-Louise, 8 ans et demi.

Aucun antécédent ni contact tuberculeux.

Pleurésie à début très brusque et fièvre à 40°. La température baisse progressivement et la maladie se termine en un mois et demi.

OBSERVATION 204. — G... Andrée, 14 ans et demi.

Sœur ayant fait une pleurésie à 28 ans.

Ictère infectieux l'an dernier.

Contact inconnu.

Pleurésie gauche ; cuti-réaction très positive.

Epanchement très abondant : ponction évacuatrice de un litre.

Evolution en trois semaines vers la guérison sans séquelle.

OBSERVATION 205. — L... Renée, 7 ans et demi.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche à évolution prolongée ; la température est encore instable au bout de deux mois et demi. Cuti-réaction positive.

Traitée le dernier mois à la crisalbine.

A la sortie du service la radiographie montre une image thoracique normale. L'état général est excellent.

OBSERVATION 206. — C... Hélène, 12 ans.

Mère ayant eu une pleurésie en 1915.

A 10 ans ictère franc à convalescence longue.

Pleurésie droite ; cuti-réaction positive. Evolution en un mois et demi. Séquelles radiologiques : sinus comblé, diaphragme un peu paralysé, léger manque de transparence de la base.

Traitée au chlorure de calcium.

OBSERVATION 207. — P... Marthe, 11 ans et demi.

Aucun antécédent, aucun contact tuberculeux.

Pleurésie droite à début très progressif en trois semaines ; cuti-réaction positive. Ponction évacuatrice de 150 cm³ et injections de crisalbine. Quitte le service un mois après en bon état.

Revient 12 jours après avec un *épanchement pleural gauche*. L'évolution est longue de deux mois. Elle est traitée au chlorure de calcium. Elle garde un sinus gauche comblé.

La malade n'a pu être suivie.

OBSERVATION 208. — R... Raymond, 5 ans et demi.

Sans antécédent ni contact tuberculeux.

Pleurésie à début brusque. Cuti-réaction positive. Traitée à la crisalbine. Evolution en deux mois.

OBSERVATION 209. — T... Rémy, 6 ans et demi.

Aucun antécédent ni contagé à signaler.

Pleurésie gauche : début progressif depuis quinze jours et très gros épanchement : ponction évacuatrice de 575 cm³. Traité au chlorure de calcium. Evolution en un mois et demi vers la résorption sans séquelle.

OBSERVATION 210. — V... Joseph, 18 ans, électricien.

Sans antécédent ni contact connu.

1931 : *pleurésie droite*.

Avril 1933 : *rechute* laissant une grosse adhérence diaphragmatique. Cuti-réaction positive.

Novembre 1933 à mars 1934 : séjour à Mégève. Amélioration de l'état général : gain en poids de 5 kg. Conserve un sinus droit bouché et collé.

OBSERVATION 211. — S... Maurice, 19 ans, ébéniste.

Famille bien portante, aucun contact tuberculeux connu.

Avril 1933 : *pleurésie droite* abondante à début progressif nécessitant une ponction évacuatrice de 900 cm³. La maladie évolue en un mois et demi et laisse des séquelles pleurales, une obscurité de la base.

Mars 1933 : arrive à Mégève, dont il part trois mois après avec des séquelles minimales, une augmentation de poids de 3 kg., un excellent état général.

Mai 1934 : toujours bien portant ; auscultation et radioscopie normales.

OBSERVATION 212. — R... Gilberte, 21 ans, dactylo.

Aucun antécédent à signaler.

Pleurésie gauche en 1928.

Pleurite gauche en juin 1932. Et en octobre *hémoptysie* isolée au début d'une période menstruelle. On note alors une grosse opacité du champ pulmonaire gauche.

Février 1933, arrive à Mégève. Cuti-réaction positive. Amélioration pendant les six premiers mois mais garde une ombre latérale gauche suspendue. Puis aux septième et huitième.

mois, aggravation et manifestation de *tuberculose pulmonaire*.

Novembre 1933, envoyée en sanatorium.

OBSERVATION 213. — R... Raymonde, 19 ans.

Sans antécédent. Contacts inconnus.

Pleurésie gauche en 1929 suivie d'un séjour à la Giettaz, puis à Grasse. Elle garde une base gauche collée et quelques taches calcifiées du sommet droit.

En 1932 était encore en parfaite santé.

OBSERVATION 214. — D. R... Solange, 25 ans.

Parents et collatéraux bien portants mais une grand'mère et deux oncles morts tuberculeux. Sans contact.

Pleurésie droite en décembre 1931. Deux mois de lit. La base droite reste collée. Cuti-réaction positive.

Fait trois séjours à Mégève pendant les étés 1932, 1933 et 1934. Les séquelles disparaissent progressivement et l'image pulmonaire devient normale. Très bonne santé.

OBSERVATION 215. — R... Alvano, 11 ans.

Aucun antécédent à signaler ; contacts inconnus.

Pleurésie gauche en mai 1934 laissant une base obscure. Cuti-réaction positive.

Séjour de six mois à Mégève (septembre 1934-mars 1935) : disparition des séquelles, augmentation de poids de 4 kg. Excellent état général.

OBSERVATION 216. — R... Claude, 18 ans, commis.

Aucun antécédent à signaler. Conditions de vie bonnes.

Avril 1933 : *pleurésie droite* laissant un voile de l'hémi-thorax et une base très obscure.

Mai 1933 : arrive à Mégève où une cure de trois mois et demi amène une régression considérable des séquelles radiologiques et un gain de poids de 7 kg.

OBSERVATION 217. — Q... Madeleine, 33 ans, employée au ministère.

Ictère en 1920, rhumatisme articulaire aigu en 1921.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche tuberculeuse en mai 1934, laissant un voile de la base gauche.

Cuti-réaction très fortement positive.

Août : arrive à Mégève et en sort au bout de six mois guérie et sans séquelle.

OBSERVATION 218. — P... Suzanne, 17 ans, façonnneuse.

Un frère atteint de laryngite tuberculeuse ; deux frères et une sœur morts de méningite tuberculeuse. Aucun contact (vivait hors de sa famille).

Pleurésie gauche en 1931 laissant la base voilée.

Séjour de quatre mois à Mégève en 1932. Il ne subsiste aucune séquelle ; l'état général est excellent.

Suivie jusqu'en 1936, toujours bien portante.

OBSERVATION 219. — P... Georgette, 19 ans, femme de chambre.

Parents bien portants ; contacts inconnus.

Pleurésie gauche en mars 1929 laissant une température décalée et une opacité importante de la base.

Janvier-avril 1930 : cure à Mégève. Malgré un grand repos, il y a une fébricule persistante et les séquelles ne disparaissent pas.

OBSERVATION 220. — P... Marcel, 24 ans, papetier.

Une sœur a eu une pleurésie. Contacts inconnus.

Pleurésie gauche laissant une symphyse pleurale de la base gauche.

Une cure à Mégève de trois mois et demi procure un bon état général et un gain de poids de 6 kg. mais la base gauche reste obscure.

OBSERVATION 221. — H. V., 21 ans, étudiant en médecine.

Aucun antécédent tuberculeux, aucun contact.

En mars 1933 : *pleurésie gauche* ponctionnée.

En avril 1933 : *pleurésie droite*.

Séjourne deux ans et demi au sanatorium de Saint-Hilaire du-Touvet. Au retour, cuti-réaction positive, diaphragme immobile des deux côtés. Bon état général.

OBSERVATION 222. — D... Robert, 15 ans.

Aucun antécédent, parents bien portants.

Pleurésie droite en décembre 1934 laissant une très grosse obscurité de la base droite. Cuti-réaction positive.

Cure d'un an à Mégève. Amélioration lente mais continue des séquelles et finalement disparition. Gain en poids de 12 kg. Excellent état général.

OBSERVATION 223. — M... Henri, 14 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Pleurésie gauche en avril 1935 ayant nécessité une ponction évacuatrice de un litre. Température normale après un mois de lit. Cuti-réaction positive, radiographie normale.

Cure de 4 mois et demi à Mégève; guérison complète.

OBSERVATION 224. — M... Roger, 17 ans, apprenti ajusteur.

Aucun antécédent tuberculeux ; pas de contact.

Pleurésie droite ayant duré un mois et demi et laissant de grosses séquelles axillaires.

Séjour d'un mois et demi à Mégève : régression en bonne voie mais cure incomplète. N'a pas été suivi.

OBSERVATION 225. — J... Lucienne, 18 ans, manutentionnaire.

Aucun antécédent tuberculeux, contacts inconnus.

Pleurésie gauche en septembre 1934, ponction de 50 cm³, très grosses séquelles. Cuti-réaction fortement positive.

Séjour de onze mois à Mégève (avril 34, mars 35); très bon état général, température stable, gain de poids, mais toujours séquelles notables à la base gauche.

OBSERVATION 226. — B... Jeanne, 17 ans, écolière.

Grand-père tuberculeux mais très peu en contact. A été à Berck de 20 mois à trois ans pour rachitisme.

Pleurésie droite laissant d'importantes séquelles ; on constate en outre des séquelles de pleurésie gauche. Cuti-réaction fortement positive.

Cure de 6 mois à Mégève : régression complète des séquelles droites ; grosse amélioration à gauche.

OBSERVATION 227. — G... André, 20 ans, employé au ministère.

En 1933, a eu du rhumatisme articulaire aigu et un ictère.

En juin 1935 : *pleurésie droite* laissant une opacité de la base droite, une réaction hilaire et une légère scissurite. Cuti-réaction positive.

En août arrive à Mégève : cure de six mois. Acclimatement lent mais résultat final excellent à tous les points de vue.

OBSERVATION 228. — R... Ginette, 9 ans et demi.

Parents bien portants, contacts nuls.

Pleurésie droite en février 1936 laissant une diminution de mobilité de la base. Cuti-réaction positive.

Mai-septembre à Mégève. Sort en bonne santé avec séquelles radiologiques minimales.

OBSERVATION 229. — C... Georgette, 11 ans et demi.

Sans antécédent tuberculeux.

Pleurésie gauche en août ayant nécessité deux ponctions de 500 cc. Cuti-réaction positive. Séquelles légères.

En novembre arrive à Mégève, y reste 8 mois : les séquelles sont très atténuées, elle a repris 3 kg.

OBSERVATION 230. — H... André, 20 ans, ajusteur.

Père a eu une tuberculose ancienne. Sans contact à ce moment.

Octobre 1935 : *pleurésie droite* ; plusieurs ponctions ont ramené 4 litres de liquide séro-fibrineux. Très grosses séquelles. Cuti-réaction positive.

Cure de 7 mois à Mégève : les séquelles axillaires ont diminué mais sont encore très notables.

Février 1937 : bon état général, état radiologique stationnaire.

OBSERVATION 231. — L... Gisèle, 14 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Pleurésie droite ; ponction +, laisse des séquelles discrètes. Cuti-réaction positive.

Une cure de 5 mois à Mégève donne d'excellents résultats : séquelles minimales (sinus droit accroché), augmentation de poids de 10 kg.

OBSERVATION 232. — S... Jean, 19 ans, porteur.

Aucun antécédent.

Pleurésie gauche en novembre 1935 laissant le sinus bouché et une tache sous-claviculaire.

1936 : passe 2 mois à Mégève. Les séquelles ont diminué, mais l'image sous-claviculaire reste à surveiller.

Cuti-réaction positive.

OBSERVATION 233. — S... Robert, 14 ans.

Père gazé, tousses et crache.

Février 1935 : *pleurésie droite* laissant une obscurité de la base droite. Cuti-réaction positive.

Octobre à décembre 1935 : cure de 3 mois à Mégève ; il ne subsiste que des séquelles imperceptibles. L'état général est excellent.

OBSERVATION 234. — L... Louis, 12 ans.

Frère de 5 ans ayant une cuti-réaction positive.

Avril 1935 ; *pleurésie droite* avec cuti-réaction positive.

Juillet 1935 : arrive à Mégève ; fait un épisode fébrile avec douleurs rhumatoïdes. Sort au bout de six mois en bonne santé et avec séquelles imperceptibles.

OBSERVATION 235. — R... Guy, 9 ans et demi.

Le père a des bronchites chaque hiver. Aucun autre contact connu.

Pleurésie à résorption rapide ; laisse des séquelles minimales.

Après 2 mois d'apyrexie, il part pour un préventorium de Mégève, où un séjour de 5 mois amène la guérison totale.

OBSERVATION 236. — M... André, 8 ans.

Parents bien portants ; aucun contact connu.

Pleurésie gauche, laisse un sinus bloqué.

Un séjour d'un an à Mégève a réduit les séquelles à néant. L'état général se maintient excellent.

OBSERVATION 237. — B... Huguette, 14 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie bilatérale à prédominance gauche. Cuti-réaction positive. Le sinus gauche reste gris et on note une opacité sus-hilaire droite.

Cure à Mégève de trois mois (un peu trop courte). Les séquelles sont minimales, mais l'état général encore médiocre.

OBSERVATION 238. — G... Michel, 19 ans, épicier.

A été en contact récemment avec un frère mort suite de pleurésie.

Novembre 1935 : *pleurésie droite* laissant une séquelle axillaire importante.

Avril 1936 : arrivée à Mégève où il reste 2 mois. Amélioration très notable, mais séquelle pleurale encore nette.

Cuti-réaction positive.

OBSERVATION 239. — G... Georgette, 17 ans.

Sans antécédent tuberculeux, sans contact connu.

Pleurésie droite à résorption rapide et complète, laissant une limitation du sinus droit.

Cuti-réaction fortement positive.

Cure de 7 mois à Mégève donnant de bons résultats; les séquelles pleurales sont minimales. L'état général est excellent.

OBSERVATION 240. — T... Marcelle, 11 ans.

Aucun antécédent tuberculeux ni contact connus.

Avril 1935 : congestion pulmonaire suivie de *pleurésie gauche* ; laisse un effacement du sinus costo-diaphragmatique. Cuti-réaction positive.

Septembre 1935 : arrive à Mégève, en sort au bout de 6 mois guérie avec une image radiologique sensiblement normale ; a engraisé de 6 kg.

OBSERVATION 241. — L... Simone, 21 ans, dactylo.

Mère ayant eu une pleurésie en 1928.

Pleurésie gauche en février 1935 et *rechute* en septembre. Séjour de deux mois en préventorium dans l'Oise. Présente de très grosses séquelles pleurales ; sommet droit à surveiller. Fièvre persistante.

En février 1936 : arrive à Mégève en mauvais état ; est envoyée à l'hôpital au bout de huit jours à cause d'une grosse température, fait alors une pleurésie droite. La température ne cédant pas, elle est renvoyée à Paris, car on craint une généralisation tuberculeuse.

Décédée à Paris de *granulie* en mars 1936.

OBSERVATION 242. — H... Maurice, 19 ans, menuisier.

Aucun antécédent à signaler.

Pleurésie droite en mai 1934; *récidive* à gauche en décembre. Il reste de grosses séquelles bilatérales et un empâtement hilaire. La cuti-réaction est positive.

Cure à Mégève d'avril 1935 à mai 1936 ; les séquelles sont réduites au minimum ; l'état général est excellent.

OBSERVATION 243. — E... Louis, 20 ans, ouvrier de ferme.

Frère mort en 1924 de méningite tuberculeuse.

Pleurésie gauche en octobre 1934, laisse une très grosse séquelle axillaire. Cuti-réaction positive.

Séjour de onze mois à Mégève améliore l'état général (gain de poids de 4 kg.), mais change peu les séquelles axillaires.

OBSERVATION 244. — P... Jean, 18 ans, étudiant.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie gauche en janvier 1936, laissant une symphyse du sinus costo-diaphragmatique gauche.

Cuti-réaction positive.

Mai 1936 : arrive à Mégève, en part en septembre. L'amélioration est médiocre et les séquelles encore importantes.

OBSERVATION 245. — D... Raymond, 19 ans, ajusteur.

Aucun antécédent familial. Contacts nuls.

Pleurésie gauche en août 1935 laissant de grosses séquelles axillaires. Cuti-réaction positive.

Séjour à Mégève d'octobre 1935 à juillet 1936. Fatigue et hypotension les premiers mois, mais sort en bonne santé avec une régression remarquable des séquelles.

OBSERVATION 246. — C... Louis, 24 ans, imprimeur.

Rien à signaler comme antécédent ou contact.

Juin 1934 : *pleurésie droite* qui laisse quelques irrégularités du diaphragme et un voile au sommet droit. Cuti-réaction positive.

Une cure de repos de 3 mois suffit à rendre les séquelles minimes.

OBSERVATION 247. — B..., 15 ans.

Sans antécédent tuberculeux.

Pleurésie gauche ayant nécessité deux ponctions et trois mois de lit. Laisse un blocage du sinus costo-diaphragmatique gauche.

Cure de trois mois et demi à Mégève ; les séquelles deviennent insignifiantes ; l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION 248. — L... Marguerite, 16 ans, écolière.

Parents et sept frères et sœurs bien portants.

Pleurésie droite avec liquide en septembre 1935, laissant de l'obscurité de la base droite. Cuti-réaction fortement positive.

Mars à juillet 1936 : séjour à Mégève procurant un bon nettoyage pleural mais le sinus droit reste accroché.

OBSERVATION 249. — R... Roger, 23 ans, ajusteur.

Un oncle mort de tuberculose en 1914, mais sans contact.

Pleurésie droite en janvier 1935, laissant une grosse séquelle axillaire et un sinus droit broqué. Cuti-réaction positive.

Septembre 1935 : part pour Mégève, y reste 4 mois. L'état est devenu très bon, le sinus se dégage mais il subsiste un reliquat axillaire.

OBSERVATION 250. — F... Cyrille, 12 ans.

Aucun antécédent tuberculeux.

Avril 1935 : *pleurésie droite* à cuti-réaction très positive, laissant une obscurité de la base et un hile empâté.

Juillet : arrive à Mégève, grosse amélioration dès le début et régression complète des séquelles en 7 mois.

OBSERVATION 251. — L... Alexis, 13 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Pleurésie droite en septembre 1935. Cuti-réaction positive. Le sinus reste bloqué et les hiles empâtés. Apyrexie à partir d'octobre.

Cure en janvier-avril 1936 à Mégève, les taches hilaires se calcifient, les séquelles pleurales disparaissent.

OBSERVATION 252. — S... Bernard, 10 ans.

Aucun antécédent connu.

Pleurésie droite ayant évolué en six semaines; laisse de grosses séquelles. Cuti-réaction positive.

Une cure de 7 mois à Mégève amène la guérison : augmentation de 4 kg. et régression totale des séquelles.

OBSERVATION 253. — V... Julien, 13 ans, étudiant.

Aucun antécédent, aucun contact tuberculeux.

Pleurésie gauche avec cuti-réaction positive, laisse des séquelles pleurales importantes.

Passe deux mois et demi à Saint-Gervais, puis trois mois et demi à Mégève. Les séquelles deviennent très discrètes et l'état de santé bon.

OBSERVATION 254. — D... Paul, 25 ans, employé.

Aucun antécédent ou contact à signaler.

En mai 1935 : *pleurésie gauche* laissant des séquelles pleurales moyennes et un hile droit exagéré. Cuti-réaction positive.

Décembre 1935 : entre au préventorium de Mégève. Il en sort au bout de 7 mois avec un reliquat pleural minime (sinus gauche accroché). L'état est devenu excellent et le poids a augmenté de 10 kg.

OBSERVATION 255. — B... Renée, 17 ans, vendeuse.

Aucun antécédent, aucun contact connus.

Pleurésie bilatérale en février 1935. Cuti-réaction fortement positive. Il subsiste une opacité des deux bases, surtout marquée à gauche.

Décembre 1935 : arrivée à Mégève. Les séquelles regressent progressivement. 9 mois après il ne reste qu'une ombre pleurale axillaire droite. L'état général est excellent, le poids a augmenté de 11 kg.

OBSERVATION 256. — C... Simone, 21 ans, couturière.

Aucun antécédent tuberculeux. Aucun contact connu.

Pleurésie droite ; ponction + ; 2 mois de lit ; grosses séquelles ; rétraction de hémithorax droit avec attraction du médiastin.

N'a pu être suivie.

OBSERVATION 257. — D... Micheline, 21 ans.

Sans antécédent tuberculeux. . . .

Pleurésie gauche ayant évolué en 6 semaines, mais laissant de grosses séquelles.

Une cure de 4 mois et demi à Mégève donne une régression importante des séquelles mais les résultats sont encore incomplets. La malade n'a pu être suivie.

OBSERVATION 258. — D. Suzanne, 12 ans, écolière.

Aucun antécédent tuberculeux.

Pleurésie en janvier 1935.

Présente en décembre 1935 une cuti-réaction fortement positive, des hiles chargés, aucune séquelle pleurale.

Séjour en janvier et février 1936 à Mégève, l'image radioscopique devient sensiblement normale.

OBSERVATION 259.— D... Jean, 19 ans, étudiant en médecine.

Parents bien portants ; une sœur décédée de broncho-pneumonie. Aucun antécédent personnel.

Octobre 1932 : *pleurésie* suivie d'un repos de 6 mois à Mé-

gève à la suite duquel la radiographie était sensiblement normale. Cuti-réaction positive.

Octobre 1933 : légère déformation du diaphragme.

Juin 1936 : bonne santé, mais toujours même aspect radiologique.

OBSERVATION 260. — D... Florian, 17 ans en 1931, étudiant.

Aucun antécédent tuberculeux.

1931 : *pleurésie gauche* ; cuti-réaction positive. Le sinus gauche reste collé et le sommet gauche à surveiller.

Séjour de 6 mois à Mégève. Bons résultats.

1933 : *Ostéo-arthrite tuberculeuse* de l'épaule gauche.

1935-36 : nouveau séjour de 6 mois à Mégève.

Mai 1936 : les séquelles paraissent fixées, l'état général est bon.

Voici donc 168 observations qui correspondent exactement à l'ancienne pleurésie « à frigore ». Elles sont survenues d'une façon brutale et inopinée chez des sujets qui n'avaient jamais été malades. Leur allure clinique, leur évolution rapide, leur bénignité presque constante, leur guérison intégrale et sans séquelle rappellent en tous points les pleurésies que nous avons pu rattacher à la primo-infection. Est-il nécessaire de séparer ces formes, ou ne constituent-elles pas plutôt la même maladie ?

Il est difficile de répondre actuellement. Cette probabilité ne pourra avoir de confirmation que lorsque, grâce à des cuti-réactions pratiquées en série sur une grande échelle, on pourra connaître beaucoup plus fréquemment la date exacte de la primo-fixation tuberculeuse.

VUE D'ENSEMBLE SUR LES PLEURESIES PRIMITIVES D'APRES NOS OBSERVATIONS

Nos 260 observations de pleurésies peuvent donc se diviser en deux groupes :

1° les pleurésies qui accompagnent ou suivent une manifestation tuberculeuse renseignant sur la date de la primo-fixation ;

2° les pleurésies, premier et seul signe clinique de tuberculose.

1. - Dans le Premier Groupe

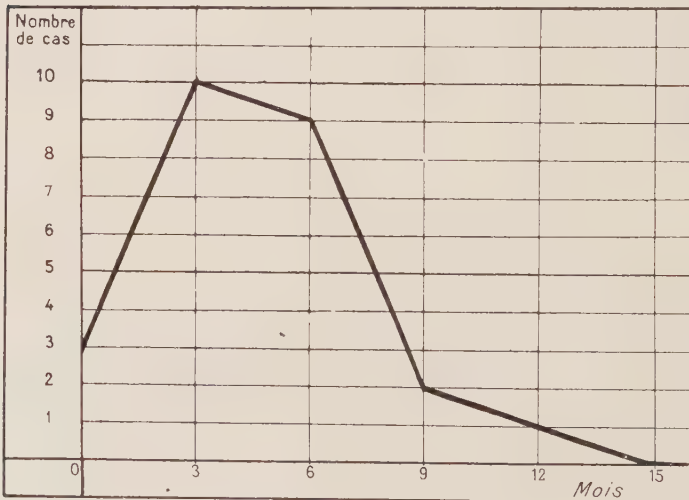
Nous pouvons, comme BORELIUS et WALLGREEN l'ont fait à partir de l'érythème noueux, préciser la durée de l'intervalle écoulé entre les diverses manifestations tuberculeuses et la pleurésie. C'est d'ailleurs suivant cette durée, et dans l'ordre chronologique, que nous avons déjà classé nos observations. En réunissant ici les indications déjà données, nous situerons la pleurésie dans l'évolution tuberculeuse générale.

Nous obtenons ainsi les chiffres suivants :

	Manifestation tuberculeuse antérieure	Typho- Bacilliose	Erythème noueux	Manifestation légère	Total
Nombre de Pleurésies	la 1 ^{re} année	13	3	11	27
	la 2 ^e année.	2	—	1	3
	plus de 2 ans après	2	—	3	5

Le tableau ci-dessus indique clairement la précocité de la pleurésie: 27 fois sur 35, elle s'est produite au cours de la première année de l'infection bacillaire.

Nous pouvons préciser davantage pour ces 27 observations en établissant la chronologie mois par mois. Nous obtenons ainsi la courbe et le tableau ci-joints:



COURBE 2. — Intervalle entre les premières manifestations cliniques de la primo-infection et la pleurésie.

Nombre
de mois

Nombre de cas :

	Typho- Bacilliose	Erythème nouveaux	Manifestation légère	Total
0	3	—	—	3
1	—	—	—	—
2	1	—	1	2
3	2	1	2	5
4	1	1	2	4
5	1	—	2	3
6	4	—	1	5
7	—	1	—	1
8	—	—	—	—
9	—	—	—	—
10	1	—	1	2
11	—	—	—	—
12	—	—	2	2

Nous voyons ainsi la pleurésie survenir 22 fois sur 35, soit dans 62,8 % des cas, dans les 6 premiers mois de l'infection tuberculeuse, avec un maximum marqué du 3^e au 6^e mois.

Elle n'en a pas été le premier signe clinique, mais elle est apparue à une époque où le malade était encore particulièrement sensible aux réinfections exogènes. Nous avons vu, en effet, que dans presque tous ces cas, la convalescence de la première manifestation tuberculeuse n'avait pas été surveillée comme il convient, soit par négligence, soit parce qu'elle n'avait pas été diagnostiquée.

L'intérêt de la pleurésie est alors très grand, car, symptôme alarmant, elle oblige le malade à se soigner correctement.

Ces résultats sont absolument comparables à ceux que WALLGREEN a donnés en partant du seul érythème nouveau. Notre courbe est exactement superposable à la sienne ; comme elle, elle atteint son maximum au 3^e mois, se maintient très haute jusqu'au 6^e mois, puis tombe brusquement.

Cette période, du 3^e au 6^e mois de l'infection tuberculeuse, est donc bien la « phase de prédilection » des pleurésies.

2. - Dans le Deuxième Groupe

Qui contient la plupart de nos observations (225), la pleurésie n'a été précédée ni accompagnée d'aucun accident tuberculeux ; il est donc plus difficile de la situer dans le cycle général.

Cependant, nous avons vu que, pour quelques-unes de nos observations (47), nous avons pu retrouver, par la notion d'un contage précis, la date certaine ou probable de la primo-fixation. Seules les observations de ce groupe où des réactions tuberculiques avaient été pratiquées avant l'exposition à la contagion, ont une valeur indiscutable.

Cette recherche nous a permis d'établir le tableau et la courbe ci-après :

Nombre
de mois

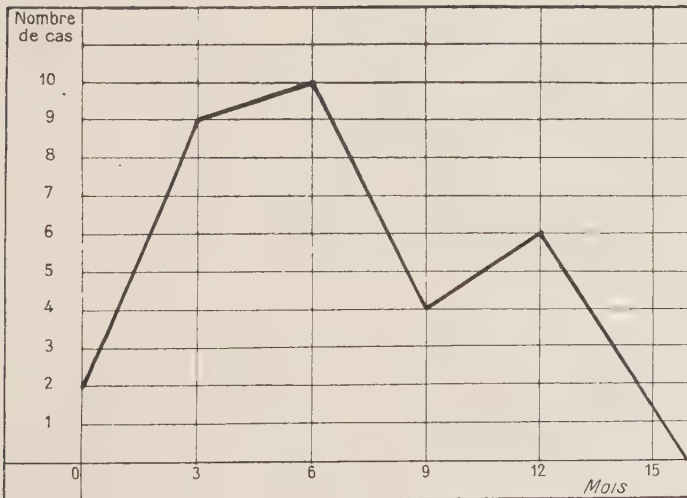
Nombre de cas :

	Avec cuti	Avec examen sans cuti	Sans examen	Total
0	1	—	—	1
1	—	—	2	2
2	—	—	1	1

3	1	2	2	5
4	1	—	3	4
5	—	1	3	4
6	—	—	5	5
7	—	—	1	1
8	—	1	1	2
9	—	—	1	1
10	—	—	1	1
11	—	—	1	1
12	3	—	2	5
+ de 12	1	—	13	14

Ces pleurésies semblent moins précoces que les précédentes.

En effet, si nous établissons notre pourcentage sur les 6 premiers mois comme plus haut, nous trouvons 46,8 % au lieu de 62,8 %.



COURBE 3. — Intervalle entre le début du contagé et la pleurésie.

De même, la comparaison des deux courbes montre que si la majorité des pleurésies se trouve toujours entre le 3^e et le 6^e mois, le maximum est à 3 mois pour la première, à 6 mois pour la seconde.

Ce décalage vient du fait que pour ce 2^e groupe nous avons évalué le temps à partir du premier contage, et non de la première manifestation tuberculeuse. Pour que les deux courbes soient comparables, il faudrait retrancher des chiffres de la seconde toute la durée de la période ante-allergique. Nous avons vu combien celle-ci, de 3 à 8 semaines en moyenne, était difficile à déterminer. Nous pouvons cependant admettre que cette durée corrige à peu près le retard de la 2^e courbe sur la 1^{re}, et qu'en réalité, les résultats sont exactement les mêmes.

Pour donner plus d'ampleur à nos conclusions, nous pouvons additionner ces résultats, qu'il s'agisse de pleurésies survenant après une primo-fixation extériorisée par un syndrome clinique, ou de pleurésies suivant une primo-fixation inapparente dont la date approximative a pu nous être donnée par la notion d'un contage récent.

Nous obtiendrons ainsi les chiffres suivants :

<i>Durée de l'intervalle</i>	<i>Nombre de cas</i>
nullé.	4
1 mois.	2
2 mois.	3
3 mois.	10
4 mois	8
5 mois	7
6 mois	10

7 mois	2
8 mois	2
9 mois	1
10 mois	3
11 mois	1
12 mois	7
De 12 à 18 mois	5
De 18 mois à 2 ans	0
Plus de 2 ans	17

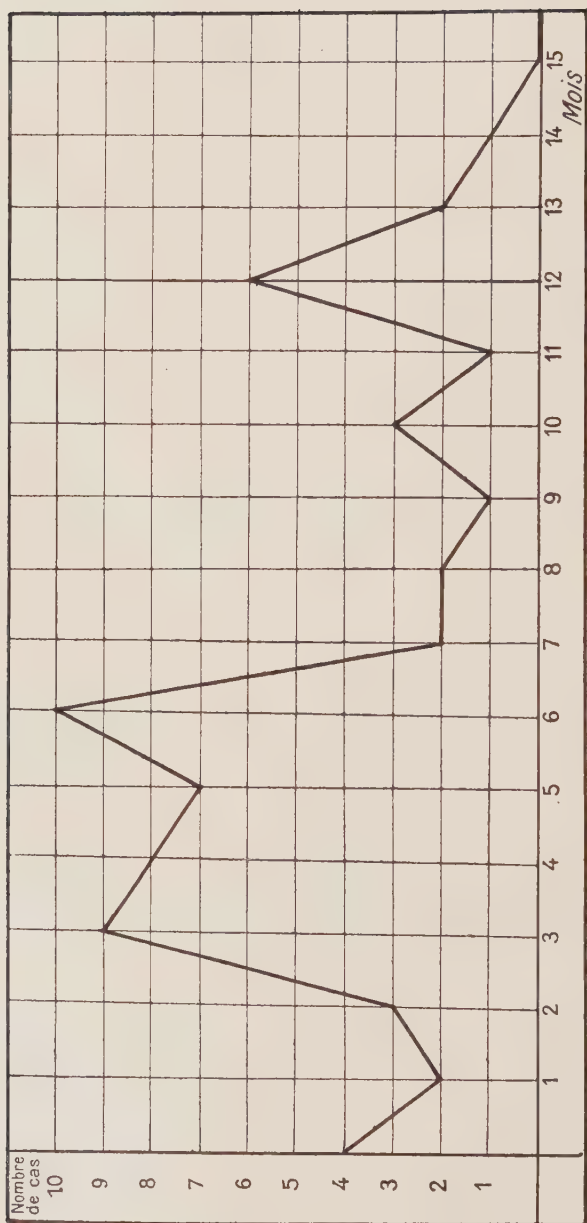
Ils sont consignés sur la courbe ci-jointe, sauf les 17 derniers cas qui s'échelonnent sur une période de 20 années.

Il est évident que cette courbe n'est pas exacte, puisque pour la moitié des cas environ, l'intervalle entre la primo-fixation et la pleurésie a été calculé à la durée de l'incubation près ; puisque, d'autre part, dans le plus grand nombre de ces cas, nous n'avons pas eu la preuve tuberculinique de la primo-fixation.

Cependant, avec ces réserves, elle semble correspondre à la majorité des faits, et permet de tirer certaines conclusions.

1° Il est des cas où *la pleurésie est nettement une manifestation tuberculeuse tardive*, et où elle est beaucoup trop éloignée de la primo-infection pour pouvoir encore en faire partie.

D'après le tableau ci-dessus, nous voyons en effet que 17 pleurésies sur 82, soit 20,7 % surviennent après les 18 premiers mois de l'infection tuberculeuse. Elles peuvent se voir plus tardivement, une vingtaine d'années après.



COURBE 4. — Intervalle entre la date probable de la primo-fixation et la pleurésie.

Rappelons que nous avons classé parmi ces pleurésies tardives toutes les observations où nous avons la notion d'antécédents familiaux de tuberculose, sans précision de date. Il est possible que dans certains de ces cas, la contamination soit récente. Ce chiffre de 20,7 % est donc plutôt supérieur à la réalité.

Nous avons cherché si ces pleurésies tardives affectent une symptomatologie spéciale, ou si, cliniquement, elles ressemblent aux autres. Nous avons vu plus haut que rien ne permet de les caractériser. Il serait utile d'en étudier également l'avenir lointain et de le comparer avec celui des pleurésies plus précoces.

Ces atteintes pleurales tardives n'entrent pas dans le schéma de RANKE : accident beaucoup trop tardif pour faire encore partie du stade secondaire, elles sont bien trop aiguës et curables pour appartenir au stade tertiaire. Il faudrait donc créer pour elles un stade intermédiaire secundo-tertiaire.

2° Dans les autres cas, les plus nombreux (79 %), *la pleurésie est apparue dans les 18 premiers mois de l'infection tuberculeuse*, et avec une fréquence particulière du 3^e au 6^e mois. Sur nos 82 observations, nous en avons 43, soit un peu plus de la moitié (52,5 %) dans ce cas.

Cette proportion est légèrement inférieure à celle que donne WALLGREEN ; pour lui, 61 % des pleurésies s'observent dans les 6 premiers mois de l'allergie.

Cette forte proportion de pleurésies précoces doit faire discuter leurs rapports avec les débuts de l'infection tuberculeuse.

a) Dans quelques-unes de nos observations, la question est facilement résolue.

Une fois, la cuti-réaction a viré au cours même de la pleurésie.

Trois fois, la pleurésie a coexisté avec un syndrome de typho-bacillose.

Dans ces cas la pleurésie est donc survenue au moment même de la primo-fixation ; elle a la même signification que l'érythème noueux ou la typho-bacillose.

Ce fait n'est pas fréquent (1,5 %) ; dans toutes nos autres observations le malade avait une cuti-réaction positive au début de sa pleurésie.

Mais les réactions pleurales, symphyse, scissurites sont loin d'être rares au cours du stade primaire ; elles ont été vérifiées anatomiquement, et s'expliquent par les connexions intimes, lymphatiques surtout, qui unissent la corticalité pulmonaire, siège du chancre, et la séreuse. Il est donc logique de penser qu'un processus capable d'engendrer une symphyse pleurale peut aussi aboutir à l'exsudation de liquide.

b) Dans les autres observations, il s'est écoulé un certain temps entre le virage tuberculinique et la pleurésie.

Ce temps, ainsi que nous l'avons établi, est relativement court, et dans la plupart des cas, inférieur à 6 mois. Il s'agit donc là de pleurésies retardées par rapport à la primo-fixation.

Leur interprétation devient très délicate, et on ne sait pas si elles sont réellement primitives, ou secondaires à une atteinte ganglionnaire ou pulmonaire. Celle-ci serait en tout cas légère, puisque la lésion tuberculeuse ne réapparaît jamais. Ces discussions sont du domaine de la pathogénie.

Cliniquement, ces pleurésies ressemblent à toutes les manifestations du début de la tuberculose, avec leur sympto-

malologie bruyante, leur guérison habituelle, sans séquelle.

Nous avons pu démontrer par l'étude des antécédents qu'elles étaient situées dans la phase de primo-infection telle que nous l'avons définie. Elles en sont même un des accidents précoces : la chute brusque du tracé des courbes précédentes après le 6^e mois le montre nettement.

Elles surviennent donc à une époque où les réinfections exogènes sont particulièrement nocives, et cela, quel que soit l'âge du sujet. Aussi, convient-il de prendre à la suite d'une pleurésie les mêmes soins hygiéno-diététiques qu'après toutes les formes de primo-infection.

Là encore, nous sommes gênés pour situer ces pleurésies dans le cadre de RANKE : si cliniquement elles présentent les caractères des accidents secondaires, par leur précocité, elles s'intriquent avec les manifestations primaires. Elles n'appartiennent donc réellement ni à l'un ni à l'autre stade, mais à une beaucoup plus large étape primo-secondaire qu'il est plus simple de ne pas chercher à diviser.

3° Dans toutes nos autres observations, *rien ne nous a permis de connaître l'ancienneté de l'infection bacillaire*. Mais ces pleurésies ne se différencient en rien des précédentes : même absence d'antécédents, même symptomatologie, même évolution.

Nous sommes donc autorisé à penser que, dans la même proportion (79 %), ces pleurésies primitives se sont constituées au cours de la primo-infection.

Nous insisterons sur l'énorme valeur qu'elles présentent pour le dépistage de la tuberculose au début. Ce sont en effet des accidents bruyants attirant facilement l'attention. Elles permettent un diagnostic précoce de l'infection

tuberculeuse, et incitent à prendre les précautions nécessaires pour éviter les réinfections immédiates.

En résumé, nous voyons que, loin d'être toujours un accident relativement tardif de la phase secondaire de RANKE, la pleurésie survient dans la très grande majorité des cas aux débuts de l'infection tuberculeuse, à une époque où le sujet est particulièrement sensible aux réinfections exogènes. Elle vient souvent signer la fixation du bacille dans l'organisme, et a le mérite d'être une manifestation apparente entraînant des sanctions thérapeutiques.

Nous pouvons maintenant résumer les caractères cliniques de ces pleurésies dites primitives.

ETIOLOGIE

Chez des sujets mis dans les mêmes conditions de contamination, divers facteurs paraissent jouer un rôle prédisposant à la formation d'une pleurésie.

1. - LA RACE

WALLGREEN insiste sur l'influence de la race ; commune en Europe, surtout dans les régions nordiques, la pleurésie est peu fréquente aux Etats-Unis.

Elle est rare chez les Nègres, mais revêt chez eux une gravité toute particulière, se terminant généralement par la mort.

Enfin chez les Arabes, on trouve plutôt des formes sèches, symphysantes, qu'une exsudation de liquide.

2. - LA PREDISPOSITION FAMILIALE

jouerait également un rôle, et l'on rencontrerait avec fréquence les pleurésies dans les mêmes familles (WALLGREEN).

Nous reviendrons sur ce point en étudiant les antécédents de nos pleurétiques.

3. - LE SEXE

Nous avons trouvé un peu plus de pleurésies chez les hommes (58 %) que chez les femmes (52 %), mais de nombreuses statistiques donnent des résultats inverses.

En fait, il semble que le sexe n'a aucune influence.

4. - L'ÂGE

C'est certainement le facteur qui joue le rôle principal. Tous les auteurs s'accordent à dire que la pleurésie, exceptionnelle chez le nourrisson, augmente de fréquence dans l'enfance et atteint son maximum de 15 à 20 ans. Elle devient très rare après la 40^e année.

Nos observations personnelles nous donnent des résultats semblables, ainsi que le montre la courbe ci-jointe.

Un fait est frappant : c'est l'ascension très progressive de la courbe jusqu'à la 20^e année, puis sa chute brutale ; ne vient-il pas plaider en faveur de la précocité des pleurésies dans l'infection tuberculeuse ?

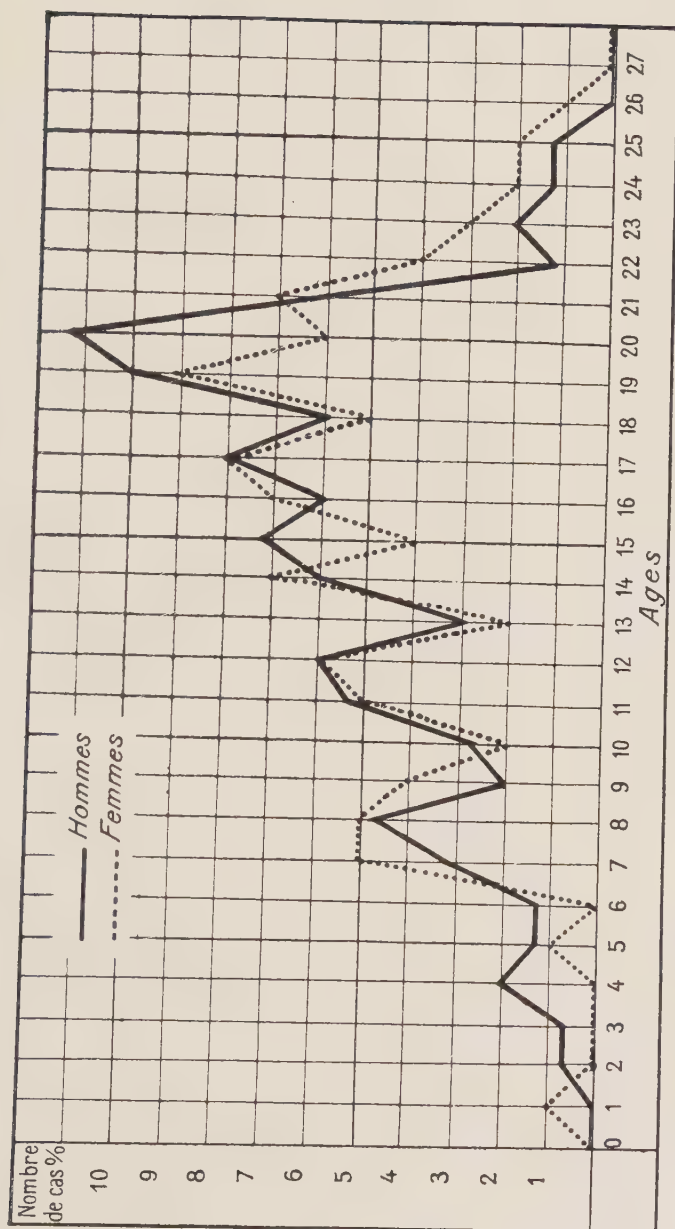
Comme pour les nouveaux cas de primo-infection, nous voyons les pleurésies devenir plus fréquentes aux âges où les changements de vie rendent la contamination du sujet plus facile :

— de 6 à 8 ans lorsque l'enfant commence à aller à l'école ;

— de 13 à 15 ans, au moment de la puberté ;

— vers la 20^e année, époque du mariage chez les filles, du service militaire chez les hommes.

C'est en notant ces fluctuations si semblables que SHEEL



Courbe 5. — Courbe de fréquence des pleurésies suivant l'âge.

Nos constatations ne portant pas sur un même nombre d'hommes et de femmes, nous avons établi la fréquence pour cent afin de pouvoir comparer les deux sexes.

avait eu l'idée que les pleurésies pouvaient être des manifestations de primo-infection.

Quelques points particuliers doivent être signalés :

1° La rareté de la pleurésie avant six ans.

Cela peut tenir à ce que la plèvre de l'enfant est peu sensible aux infections tuberculeuses ; au cours des pneumothorax thérapeutiques en effet, la formation de liquide y est moins habituelle que chez l'adulte.

Il semble plus logique d'attribuer ce fait à la faible résistance des petits enfants aux infections massives : ils font des manifestations tuberculeuses plus graves que la pleurésie, une méningite par exemple.

2° Le fait que nous avons rencontré des pleurésies primitives chez des sujets de plus de 25 ans, n'élimine pas forcément la primo-infection. COURCOUX cite le cas d'un homme de 50 ans qui, à la suite d'un contagé évident fit une pleurésie où la primo-infection put être prouvée.

3° Nous n'avons pas remarqué de différence sensible suivant le sexe.

5. - LE FROID ET LA SAISON

Les anciens auteurs attribuaient la pleurésie au *froid*. Actuellement que nous connaissons sa véritable cause, cette conception est abandonnée. Il est cependant possible que le froid ait un rôle déclenchant.

Certains l'admettent en s'appuyant sur la plus grande fréquence des pleurésies dans les mois d'hiver ; cette affirmation est erronée ; les auteurs norvégiens, par de nombreuses statistiques, ont montré que la pleurésie est une maladie de *printemps*. SCHEEL et FOÏEN donnent les proportions suivantes, suivant le mois :

Mois . . .	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nombre	70	83	99	93	110	84	70	88	65	59	66	70

Il semble donc qu'on puisse nier l'influence du froid.

6. - L'ÉTAT GENERAL

est infiniment plus important, ainsi du reste que pour toutes les manifestations tuberculeuses.

Nous en reparlerons plus loin.

7. - LE MILIEU SOCIAL

enfin a une influence très grande ; ainsi que nous le verrons plus loin, la pleurésie semble être une affection des milieux aisés où les contaminations massives sont moins à craindre que dans les classes pauvres.

En résumé, l'étiologie des pleurésies primitives est celle de toutes les manifestations de primo-infection tuberculeuse. Elle comprend les mêmes facteurs : âge, état général, milieu social. Peut-être peut-on y ajouter une prédisposition spéciale de terrain.

ANTECEDENTS

Il nous a paru intéressant de fouiller le passé de nos pleurétiques et d'y rechercher avec soin la tuberculose, tant dans l'entourage familial que dans les antécédents personnels du malade.

1. - ANTECEDENTS FAMILIAUX

Ceux-ci sont intéressants, d'une part en raison de la « prédisposition familiale » possible, d'autre part comme facteur de contamination. C'est là d'ailleurs l'intérêt principal.

Aussi nous sommes-nous efforcés de préciser la nature exacte des antécédents familiaux de tuberculose de nos malades.

Nous avons trouvé 81 fois trace de tuberculose dans les familles de nos 260 pleurétiques, soit dans 31 % des cas.

Ce chiffre est beaucoup plus élevé que les moyennes des statistiques anciennes. Nous reportons ici les principales :

GRIVEAUD 20,8 %,

LANNE 23 %,

ZIEMSEN 25 %,

SITTMANN 24,1 %,

BEZANÇON et WEIL 24 %,

Cette différence vient probablement du fait que nous avons compris dans notre enquête *tous* les antécédents tu-

berculeux de la famille du malade, quelle que soit la forme affectée par la tuberculose. Les statistiques anciennes tiennent surtout compte de la tuberculose pulmonaire. ECKERSTRÖM, dont la statistique est aussi large que la nôtre, donne un chiffre de 38,4 %.

Ces antécédents se divisent en antécédents pulmonaires et extra-pulmonaires que nous verrons séparément.

1. - Antécédents de Tuberculose Pulmonaire

Nous n'en avons trouvé que 54, soit 20 % ; ce chiffre est conforme à celui des statistiques anciennes.

Ces 54 observations se répartissent ainsi :

a) *Antécédents héréditaires :*

38 observations, l'ascendant malade étant :

 dans 20 cas, le père,

 dans 11 cas, la mère,

 dans 1 cas, le père et la mère,

 dans 6 cas, les grands-parents.

Notons dès maintenant que dans 7 de ces observations, l'ascendant tuberculeux n'a jamais été en contact avec le pleurétique.

b) *Antécédents collatéraux:*

19 observations, mais 2 fois le frère tuberculeux n'a jamais été en contact avec le malade.

Nous trouvons donc par l'étude de ces antécédents l'origine de la tuberculisation dans de nombreux cas ; cette contamination familiale semble d'ailleurs ici moins importante qu'elle ne l'est pour les autres formes de tuberculose.

Dans certaines observations elle est cependant massive et nous trouvons plusieurs membres de la famille contaminés par la même personne. (Obs. 5, 10, 15, 22, 23, 49, 64).

2. - Antécédents de Tuberculose Extra-Pulmonaire

Nous en avons trouvé 31 observations, soit 11,9 %. (Dans 3 de ces observations, obs. 5, 53 et 77, il y avait également des antécédents de tuberculose pulmonaire).

Ces antécédents se répartissent ainsi :

a) *Antécédents héréditaires :*

15 observations, l'ascendant malade étant :

— le père 4 fois; il était atteint :

une fois de tuberculose intestinale,
une fois de laryngite tuberculeuse,
deux fois de méningite tuberculeuse.

— la mère 11 fois, atteinte :

deux fois de tuberculose osseuse,
une fois d'adénites tuberculeuses,
huit fois de pleurésie.

b) *Antécédents collatéraux :*

16 observations se répartissant ainsi :

5 fois méningite tuberculeuse (1),

une fois une tuberculose osseuse,
une fois une laryngite tuberculeuse,
une fois une tuberculose rénale,
dix fois une pleurésie.

(1) Et même dans l'observation 218, nous voyons trois cas de méningite dans la même famille.

Si, maintenant, nous faisons le total des accidents tuberculeux extra-pulmonaires présentés par les familles de nos malades, nous pouvons dresser le tableau suivant :

	A. H.	A. C.	Total
Méningite	2	5	7
Tuberculose osseuse	2	1	3
Tuberculose intestinale . .	1	—	1
Laryngite	1	1	2
Tuberculose ganglionnaire	1	—	1
Tuberculose rénale	—	1	1
Pleurésie	8	10	18

Nous voyons qu'après la tuberculose pulmonaire, ce sont les pleurésies que l'on rencontre le plus souvent dans les familles de pleurétiques ; doit-on voir là, comme WALL-GREEN l'admet, une influence de la race créant une *prédisposition de terrain* ?

La fréquence avec laquelle on trouve la méningite tuberculeuse dans certaines familles est un fait reconnu depuis longtemps ; il n'est donc pas impossible qu'il y ait de même des « familles à pleurésie ».

Notre enquête portant sur un trop faible nombre d'observations, nous ne pouvons que signaler cette proportion élevée sans penser pour cela à une prédisposition familiale spéciale.

2. - ANTECEDENTS PERSONNELS

Nous étudierons chez nos pleurétiques :

— d'une part les antécédents personnels tuberculeux, intéressants parce qu'ils peuvent dans une certaine me-

sure nous aider à situer la pleurésie dans l'évolution générale de la tuberculose,

— d'autre part, les manifestations non tuberculeuses qui, récentes, ont pu agir comme cause favorisante.

1. - Antécédents Personnels de Tuberculose

La rareté de la tuberculose dans les antécédents personnels des pleurétiques est un fait connu de longue date; c'est elle qui fit ignorer si longtemps la véritable nature des pleurésies primitives ; c'est en l'opposant à la fréquence de la tuberculose dans l'avenir des pleurétiques que LANDOUZY montra la valeur d'une pleurésie comme premier signe de tuberculose.

Nous avons vu plus haut que les antécédents personnels présentés par nos malades étaient presque toujours des manifestations récentes qui marquent la primo-infection : typho-bacillose, érythème noueux, ou légers troubles cliniques accompagnés de perturbation radiologique, survenus dans l'année qui a précédé la pleurésie.

Ce ne sont pas à proprement parler des antécédents, mais seulement le début de l'infection, qui, quelques temps après, produit la pleurésie.

Les véritables antécédents doivent être beaucoup plus éloignés, et ne pas faire partie du même stade évolutif.

Nous n'en avons trouvé que 4 fois (1,5 %). Cette proportion si extraordinairement faible n'est-elle pas la meilleure preuve de la fréquence des pleurésies de primo-infection ?

Dans ces quatre observations, il s'agit de tuberculose discrète ou extrapulmonaire : typho-bacillose (obs. 8), adénopathie trachéo-bronchique (obs. 9), péritonite tuberculeuse (obs. 10), tuberculose osseuse (obs. 11), Cette cons-

tation est conforme à l'opinion ancienne, établissant une fois de plus l'absence habituelle de phtisie chez les pleurétiques.

2. - Manifestations non Tuberculeuses Récentes

Nous nous sommes attachés à relever les facteurs qui, peu de temps avant la pleurésie, auraient pu avoir une action favorisante en créant un état de moindre résistance.

Nous en avons relevé dans 12 observations (2 %), la plupart d'ordre pathologique.

La *rougeole*, dont l'influence anergisante semble bien exagérée, se trouve dans deux cas ; dans l'un (obs. 77), elle est seule en cause ; dans l'autre (obs. 79), elle a été suivie de scarlatine et de diphtérie ayant nécessité un séjour prolongé à l'hôpital, si bien que son action est moins nette.

Nous avons également noté la *scarlatine* (obs. 56), les *oreillons* (obs. 161), le *rhumatisme articulaire aigu* (obs. 100), la *pyélonéphrite colibacillaire* (obs. 93).

Plus fréquente semble être l'*appendicectomie* sous anesthésie générale, que nous avons rencontrée 4 fois (Obs. 120, 130, 191, 250).

Ce chiffre est relativement élevé, mais c'est une notion courante que toute intervention chirurgicale, comme tout traumatisme, est capable de réveiller la tuberculose chez un sujet déficient.

Dans un cas (obs. 40), nous avons vu la pleurésie survenir une semaine après une *insolation* manifeste. Cette observation est intéressante à signaler pour mettre en garde les malades contre les dangers d'une héliothérapie intempestive et non graduée.

Enfin notre dernier cas est un peu spécial ; il s'agit d'une fillette de 9 ans traitée depuis peu par du novar (obs. 11).

Il y a lieu de se demander quelle est la part du toxique dans le déterminisme de la pleurésie. Les dangers de l'*arsenic* sont d'ailleurs connus chez les tuberculeux, et HUTINEL les signale tout particulièrement chez les enfants, auxquels cependant on a plus de tendance à en faire qu'aux adultes.

LE CONTAGE

Comme pour toutes les manifestations tuberculeuses, nous nous sommes attachés à dépister un contage à l'origine de nos pleurésies. Nous avons vu que nous l'avions trouvé un certain nombre de fois, soit dans la famille même du malade, soit en dehors d'elle.

1. - Contamination Familiale

Nous l'avons trouvée 48 fois, soit dans 18,4 % des cas.
Elle relève :

- 18 fois du père,
- 12 fois de la mère,
- 2 fois des grands-parents,
- 17 fois des collatéraux,
- 2 fois du conjoint,
- 1 fois d'une cousine.

Ces chiffres sont faibles, car il faut se souvenir que nos sujets sont pour la plupart des sujets jeunes (15 à 20 ans), et qu'à cet âge, pour la tuberculose pulmonaire, la contagion familiale joue encore un très grand rôle.

Il serait intéressant, en effet, de comparer ces chiffres avec ceux des autres formes de tuberculose.

DEBRÉ et CORDEY, sur 230 enfants de 0 à 15 ans, atteints de tuberculose pulmonaire ou ostéo-articulaire, trouvent la contagion familiale 150 fois, soit dans 66, 3 % des cas.

ARMAND-DELILLE, dans un travail analogue, dit qu'on

trouve *toujours* un contact à l'origine de la tuberculose pulmonaire de l'enfance.

ALIBERT, étudiant la tuberculose pulmonaire des adolescents, trouve la source de contamination au foyer du malade dans 42 % des cas.

Enfin, chez l'adulte :

DEBRÉ donne une proportion de 43 %.

Mme STEPHANI-CHERBULIEZ, de 41 %.

BRATT et INGERBRIGTSEN, de 58 %.

Sans vouloir multiplier les statistiques, nous voyons que, pour les autres formes de tuberculose, et particulièrement pour la tuberculose pulmonaire, la proportion de la contamination familiale est beaucoup plus élevée que pour les pleurésies.

Elle est d'autant plus élevée que le sujet est plus jeune, mais reste encore chez les adultes supérieure à 40 %, alors que nous avons trouvé 18,4 % pour nos pleurésies qui affectent des sujets de tout âge.

Remarquons d'ailleurs que ces tuberculoses familiales ont été discrètes; que dans la majorité des cas, le contagionnement a été de durée limitée; qu'enfin, à l'inverse des autres formes de tuberculose, nous avons rencontré plus souvent le père que la mère comme agent de contamination. Tous ces caractères sont en faveur d'une contamination peu intense et discontinue.

2. - Contamination Extra-Familiale

Nous l'avons trouvée dans 10 cas, soit 3,8 %.

Il s'agit :

— dans 7 cas, d'étudiants en médecine ou d'infirmières contaminés au cours de leurs stages hospitaliers,

— dans 2 cas, d'enfants contaminés au cours d'un séjour à l'hôpital pour une affection banale,

— dans un cas, d'une contamination par un voisin de lit dans une colonie de vacances.

Ces chiffres viennent souligner le rôle de l'hôpital comme facteur de tuberculisation, non seulement chez les enfants, mais chez les adultes. Ils doivent inciter les étudiants en médecine et les infirmières non allergiques au début de leurs études à une surveillance médicale soigneuse et prolongée pendant au moins deux ans après le virage de leur cuti-réaction.

Remarquons également le rôle contaminant des collectivités mal tenues ; lorsque la nécessité des examens médicaux préventifs, avec contrôle tuberculinique, sera acceptée de tous et exigée, il faut espérer que de tels faits deviendront rares.

A ces 10 observations, nous devons en ajouter deux, où il s'agit de sujets ayant toujours vécu en pleine campagne et transplantés à Paris. Ils ont été contaminés à ce moment.

Dans toutes ces observations, le contagé a un caractère commun : c'est un contagé *récent*. Nous avons vu que dans nos observations, il a presque toujours sévi dans les six mois qui ont précédé la pleurésie. C'est une des raisons qui nous ont permis de rattacher la plupart de nos pleurésies à la primo-infection.

A côté de ces observations, il en est de bien plus nombreuses, 200, soit 76 %, où nous n'avons pas pu trouver l'agent contaminant.

Cela vient de ce que le dépistage est mal fait ; mais il est mal fait parce qu'il est difficile.

Nous avons vu en effet que, dans les cas où nous avons trouvé un contage, c'était un contage discret, intermittent. Lorsqu'on ne le trouve pas, il est forcément encore plus minime : contage de rue, d'atelier, de bureau, contage rare et discontinu. On conçoit qu'il est difficile à saisir.

C'est d'ailleurs probablement à cause de ce caractère fortuit et passager du contage que la tuberculose se manifeste sous une forme aussi bénigne que la pleurésie.

ETUDE CLINIQUE

Nous voulons grouper ici les principaux caractères cliniques de ces pleurésies de primo-infection.

Elles se présentent sous deux grandes formes :

1° *La pleuro-tuberculose autonome de Bard*, ancienne pleurésie « a frigore ». C'est de beaucoup la plus fréquente, la seule que nous ayons observée.

2° *La pleurésie septicémique*, d'évolution beaucoup plus grave. Nous n'en avons pas d'observation, mais nous la décrirons rapidement, car elle fait incontestablement partie des manifestations de primo-infection. Nous lui rattacherons les formes un peu spéciales des races de couleur.

LA PLEURESIE AUTONOME

C'est celle que LANDOUZY a définie « la première manifestation flagrante de tuberculose dans l'organisme ».

Début

Le début est variable.

1. — Dans la règle, c'est le début *Brusque*, en pleine santé, de l'ancienne pleurésie « a frigore », avec frissons, point de côté, dyspnée, toux, élévation thermique, chez des sujets jusqu'alors parfaitement bien portants.

2. — Dans d'autres cas, par un interrogatoire serré, on peut trouver, précédant le début brusque, une *période prodromique* :

— ou très discrète, marquée seulement par de la *fatigue*,

— ou plus importante, véritable phase d'imprégnation tuberculeuse, avec dépression physique, diminution de l'appétit, toux, douleurs thoraciques vagues, parfois légère élévation thermique,

signes qui sont généralement discrets et ne gênent pas le malade dans ses occupations.

3. — Il est aussi des débuts très lentement *progressifs*, les signes se complétant au fur et à mesure de l'évolution.

4. — Enfin, il existe des modes de début très atypiques :

— soit extrêmement *insidieux*, le malade venant consulter porteur d'un épanchement pleural volumineux sans aucun signe fonctionnel,

— soit masqué par des signes d'*infection générale* grave souvent à type de typho-bacillose.

Quel que soit le mode de début, certains signes plus spécialement pleuraux, peuvent faire porter un diagnostic précoce.

1) Ce sont, avant tout, des SIGNES FONCTIONNELS :

— le *frisson*, toujours moins intense que celui de la pneumonie, et souvent remplacé par des frissonnements répétés,

— le *point de côté*, qui est le signe le plus constant. Il siège du côté malade. D'intensité variable, accru par la toux, les mouvements, les inspirations profondes, il s'atténue en général à mesure que l'épanchement augmente,

— la *toux*, symptôme généralement plus tardif, sèche, brève, souvent quinteuse, elle est provoquée par la parole ou les mouvements du malade,

— la *dyspnée*, à type expiratoire, le plus souvent légère.

2) Les SIGNES GÉNÉRAUX sont moins caractéristiques. La *température* peut d'emblée s'élever à 39°, accompagnant le frisson, ou bien, le précédant, faire d'abord quelques oscillations peu élevées, puis s'accroître lorsqu'il apparaît.

Le *Pouls* suit à ce moment la courbe thermique.

3) Enfin, si le malade est vu dès cette première phase, on peut trouver à l'EXAMEN PHYSIQUE :

— ou déjà des signes liquidien : submatité à limites imprécises, pectoriloquie aphone, diminution du murmure vésiculaire et quelques froissements ou crépitations fines indiquant la participation pulmonaire,

— ou, plus souvent, un léger degré de tympanisme et des frottements à timbre humide en fin d'inspiration : frottement râle de Damoiseau.

Il est à noter l'indépendance relative du début apparent de la température et de celui de l'épanchement.

Période d'état

Rapidement, la symptomatologie se précise, et la période d'état est avant tout caractérisée par :

Les signes physiques

Etudiés avec minutie, ils sont nombreux, aussi ne reprendrons-nous que les principaux.

— INSPECTION : on trouve le pleurétique couché sur son côté douloureux. L'hémithorax malade paraît *dilaté*, avec déviation du sternum de ce côté ; il est *immobile*, ou du moins beaucoup moins mobile que le côté sain. Il n'y a une voussure nette que dans les gros épanchements.

— La MENSURATION permet d'établir de façon plus précise la différence d'ampliation thoracique et la déviation sternale (signe du cordeau de Pitres).

— La PERCUSSION révèle le signe fondamental : la *matité*, matité franche, hydrique, avec résistance au doigt qui percute. Au début, elle est variable suivant les positions du malade, c'est le *signe du dénivellement*. Plus tard, elle se fixe, et sa limite supérieure vient décrire dans l'aisselle la *courbe parabolique de Damoiseau*, qui se continue vers le côté sain en traçant le triangle paravertébral de Grocco. Sa limite postérieure forme avec la colonne l'angle de Garland. En bas, elle se continue à droite avec le foie ; à gauche au contraire, la sonorité persiste dans un espace de 10 à 12 cm. appelé *espace semi-lunaire de Traube*, sonorité dont la disparition est signe de grand épanchement à ponctionner. Au-dessus de la ligne de matité, la sonorité pulmonaire est normale en arrière, mais en avant, sous la clavicule, elle se modifie en un son tympanique particulier, le *skodisme*.

— Par la PALPATION, on recherchera la diminution ou l'*abolition des vibrations vocales* dans la zone mate, la contracture des muscles spinaux.

— A l'AUSCULTATION, le murmure vésiculaire est affaibli, et même tout à fait aboli à la base. Ce *silence respiratoire* est avec la matité le meilleur signe d'épanchement. Il peut s'observer seul, mais le plus souvent est accompagné d'un *souffle*, souffle doux, voilé, lointain, expiratoire, perçu à la limite supérieure de la zone liquidienne. On note également l'*égophonie*,

la *pectoriloquie aphone*,

le *signe du sou* qui donne un bruit clair, argentin au niveau du liquide. Ces deux derniers signes sont de tout premier ordre dans les épanchements frustes.

Au-dessus de l'épanchement, ainsi que du côté opposé, la respiration est plus forte que normalement, puérile : c'est la *respiration supplémentaire*.

On terminera l'examen par la recherche du *déplacement possible des organes voisins*, afin d'évaluer l'importance de l'épanchement.

Les signes fonctionnels et généraux

Suivent l'évolution de la pleurésie.

L'Evolution

L'évolution *cyclique* passe par quatre phases :

- le début aigu, déjà vu,
- la phase d'exsudation,
- la période d'état,
- la phase de régression.

1. — Phase d'exsudation ou d'augmentation

D'une durée de 8 à 15 jours, pendant laquelle la température reste très élevée, se maintenant entre 38°5 et 40°.

Le pouls n'a de caractères particuliers que dans les gros épanchements où il peut devenir arythmique et dichrote dans les changements de position du malade.

Les urines sont peu abondantes, pauvres en chlorures.

Le point de côté diminue ou disparaît à mesure que l'épanchement se forme, et sa réapparition indique une nouvelle poussée aiguë.

La dyspnée augmente si l'épanchement devient abon-

dant : on trouvera alors le malade couché sur son côté malade.

C'est à la fin de cette phase qu'on peut être amené à évacuer le liquide.

2. — La période étale

D'une quinzaine de jours, n'a pas de caractères propres. Le liquide généralement d'abondance moyenne, ne gêne pas le malade.

La température est irrégulière, avec maximum vespéral à 38°5, 39°.

3. — La phase de régression

est annoncée par une petite *crise urinaire* (ACHARD, COURMONT), avec hyperchlorurie, et souvent albuminurie légère, accompagnée de sueurs abondantes.

Puis, quand l'épanchement a déjà subi une légère régression, la température décroît en lysis à larges paliers jusqu'à la normale. On note souvent une *instabilité thermique* de plusieurs semaines.

Localement, les signes s'estompent ; on perçoit souvent des « *frottements de retour* », et très longtemps persistent de la submatité et une diminution du murmure vésiculaire.

La convalescence s'amorce alors, mais le sujet reste longtemps la proie des réinfections exogènes pouvant déterminer une récidive, une péritonite tuberculeuse, une évolution pulmonaire.

Tant, en particulier, qu'il persistera une instabilité thermique et des signes physiques importants, on ne devra pas le considérer comme guéri : il faut le laisser au repos et se méfier des déplacements trop hâtifs.

Le diagnostic

Le diagnostic pourra être aidé par :

- la cuti-réaction à la tuberculine, toujours fortement positive,
- la réaction de fixation, dont nous verrons plus loin l'intérêt,
- la ponction exploratrice,
- l'examen radiologique.

La ponction exploratrice

ramène un liquide citrin ayant tous les caractères d'un *exsudat*. La réaction de Rivalta y est positive. Il contient de la fibrine en quantité variable, et 40 à 60 grammes d'albumine par litre.

L'examen cytologique montrerait à une période initiale une réaction polynucléaire, mais celle-ci décroît rapidement pour faire place à une *lymphocytose* abondante (90 à 95 %) qui est la caractéristique de l'épanchement tuberculeux. Avec les lymphocytes on trouve quelques polynucléaires et quelques hématies.

L'examen bactériologique ne permet pas de découvrir le bacille de Koch à l'examen direct car il est en très petite quantité ; on ne peut donc prouver la nature tuberculeuse de l'épanchement que par l'inoculation au cobaye encore faut-il injecter de grandes quantités de liquide et prendre des précautions spéciales.

L'examen radiologique

L'examen radiologique est indispensable pour suivre l'évolution de l'épanchement et apprécier l'état pulmonaire. Nous étudierons donc successivement :

- 1° les signes pleuraux ;
- 2° les signes pulmonaires.

1° LES SIGNES PLEURAUX : Le côté atteint est occupé par une ombre très dense en bas, dans le sinus costo-diaphragmatique, dégradée vers le haut. Sa limite supérieure, oblique en haut et en dehors, correspond classiquement à la courbe de Damoiseau. En réalité, il semble qu'il s'agisse là d'une confusion due à la fréquence des examens radioscopiques moins sensibles que les radiographies.

TOURNANT a montré que cette limite supérieure n'est pas une ligne de niveau, mais la bordure du poumon sur sa face externe.

Cette « *ligne bordante* » ne suit pas forcément la ligne de matité. Elle est presque verticale dans les petits épanchements, coïncide avec la courbe de Damoiseau dans les épanchements moyens, disparaît complètement dans les très gros épanchements ; on ne voit plus alors d'image pulmonaire.

Au cours de la résorption, la ligne bordante se rapproche peu à peu de la paroi, plus rapidement à la partie supérieure qu'à la base. Lorsque le liquide a disparu, elle persiste, séparée de la paroi par une zone de pénombre de 1 cm. à 1 cm. 1/2, sans jamais se confondre avec elle. Vers le bas, elle se continue par la coupole diaphragmatique en diminuant la profondeur du sinus. Cette « *ligne bordante séquelle* » persiste extrêmement longtemps, et, vi-

sible sur les bons clichés, peut permettre un diagnostic rétrospectif des pleurésies.

2° LES SIGNES PULMONAIRES :

a) *L'obscurité du sommet*, constante et persistant assez longtemps après la résorption de l'épanchement. Ce n'est pas un phénomène pathologique, mais probablement le fait d'un épaississement pleuro-pariétal ;

b) *Le hile* est généralement épaissi, globuleux, le réseau sous-hilaire et les arborisations secondaires accentués. Ces modifications sont souvent bilatérales.

Après la pleurésie, le hile reprend son aspect normal, mais le réseau pulmonaire reste longtemps modifié.

Les pleurésies séro-fibrineuses sont donc caractérisées par une véritable *triade radiologique* (TOURNANT) :

1. Les signes pleuraux,
2. L'accentuation du dessin parenchymateux.
3. Les signes de rétraction pulmonaire.

Leur diagnostic est évident, aussi pendant toute leur évolution, la radiologie aura-t-elle surtout de l'intérêt pour aider à déceler les *lésions pulmonaires concomitantes*. Celles-ci sont surtout fréquentes chez l'enfant, où elles réalisent des opacités périhilaires arrondies ou allongées transversalement vers la scissure horizontale, et sont généralement des images de primo-infection. Chez l'adulte, elles sont beaucoup plus rares, peuvent revêtir toutes les formes et ont un intérêt pronostique capital; aussi a-t-on proposé dans les cas difficiles la création d'une pneumo-séreuse pour accentuer leur visibilité.

Formes cliniques

La pleurésie de l'enfant

Assez fréquente de 3 à 10 ans, particulièrement chez les garçons, présente quelques caractères particuliers.

— LE DÉBUT en est généralement très franc et hyperthermique, mais un peu atypique :

il n'y a pas de frisson initial;

le point de côté manque, ou est bas situé, dans le ventre, et très souvent le symptôme annonciateur en est le *vomissement*.

Comme chez l'adulte, on peut trouver une phase prodromique d'imprégnation tuberculeuse.

L'examen à cette période initiale ne révèle jamais de frottements, mais des signes de congestion pulmonaire : diminution de la sonorité et de la respiration, quelques râles sous-crépitaux localisés.

Ces signes précèdent de quelques jours la réaction pleurale qui se fera à leur niveau.

— LA PÉRIODE D'ÉTAT présente les mêmes caractères que chez l'adulte, mais la symptomatologie physique est beaucoup plus fruste. En général, elle se réduit à deux grands signes :

1° la *dilatation thoracique*, avec écartement des espaces intercostaux réalisant un thorax globuleux ;

2° la *matité*, qui est de beaucoup le signe le plus important, et souvent le seul. Elle peut décrire la courbe de Damoiseau, mais sa limite supérieure est fréquemment horizontale (LASEGUE).

Souvent, ces signes sont en partie dus à des lésions spléno-pneumoniques du poumon sous-jacent ; tous les intermé-

diaires peuvent se voir chez l'enfant entre la pleurésie primitive autonome et la petite participation pleurale au cours des spléno-pneumonies (HUTINEL, NOBÉCOURT).

La Ponction exploratrice ramène un liquide séreux stérile qui contient de nombreux polynucléaires.

La cuti-réaction positive a ici toute sa valeur diagnostique.

— L'EVOLUTION est fonction de l'âge.

Elle est très grave chez le petit enfant car elle indique une tuberculisation précoce avec tous ses dangers.

Chez l'enfant plus grand, elle est généralement bénigne et rapide, le liquide se résorbant en une quinzaine de jours. Mais les pédiatres ont insisté depuis longtemps sur l'extrême sensibilité des enfants convalescents de pleurésie aux réinfections exogènes et aux maladies anergisantes. Sous l'influence de ces facteurs, on peut donc voir une pleuro-tuberculose primitive d'apparence bénigne évoluer ultérieurement vers la récurrence ou se compliquer d'autres manifestations tuberculeuses (HUTINEL). Nous en avons eu quelques exemples.

Après 40 ans

la pleurésie primitive est rare; son existence a cependant été prouvée. Elle est généralement d'évolution traînante et grave.

En résumé, cette forme de pleuro-tuberculose primitive est caractérisée par son début brusque avec signes généraux intenses et apparition d'un épanchement qui atteint

son maximum en quelques jours, son évolution cyclique avec sédation rapide des signes généraux, résorption complète du liquide, sa guérison de règle ; il ne persiste que des séquelles radiologiques minimales. Mais il faut savoir que la fin de la période aiguë n'implique pas l'arrêt de l'infection bacillaire, et qu'un long repos reste nécessaire pour parer à l'éventualité d'une tuberculose à plus ou moins brève échéance.

Soulignons ici les analogies cliniques de la pleurésie avec certaines manifestations de la primo-infection tuberculeuse, la typho-bacillose, par exemple : même début aigu, même évolution cyclique et curable, même pronostic d'avenir réservé.

LES FORMES SEPTICÉMIQUES

Beaucoup plus rares que les précédentes, les formes septicémiques sont caractérisées par deux éléments :

- la présence d'un syndrome infectieux,
- l'importance de la poussée pleurale.

I. - Le Syndrome Infectieux

Se caractérise dès le début par une forte hyperthermie ; pendant toute la durée de l'évolution, la température se maintient très élevée, soit en plateau, soit décrivant de petites oscillations.

Le pouls est rapide, faible, hypotendu.

Les urines sont rares.

Mais la signature de la septicémie est donnée par la possibilité de *localisations infectieuses*. Les plus fréquentes sont la *phlébite* et la *péritonite* ; plus rarement on aura

des localisations péricardiques, testiculaires ou épидидymaires.

C'est dans ces formes qu'on aurait le plus de chances de trouver le bacille de Koch dans le sang par inoculation au cobaye ou culture sur milieu de Lœwenstein.

II. - La Poussée Pleurale

Est d'emblée intense ; la quantité de liquide devient rapidement très importante, gênant le malade et forçant la main à la ponction. Celle-ci n'amène généralement qu'un bien-être passager, le liquide se reproduisant très vite.

L'Evolution

Peut être très grave.

L'abondance du liquide peut provoquer des *troubles cardiaques* avec asphyxie progressive et syncope ; il faut savoir les éviter par une ponction opportune.

Un syndrome infectieux très intense peut aboutir à la *généralisation* ou à la *dissémination méningée* mortelle.

Mais généralement après une période d'état très longue (deux, trois mois), la température finit par céder, l'épanchement se tarit.

La convalescence est extrêmement longue, le malade reste subfébrile pendant plusieurs mois, les séquelles pleurales sont toujours importantes (symphyse étendue), et longtemps il faut redouter les récidives et la méningite terminale.

FORMES DE RACES VIERGES

Rappelons que les premières formes de primo-infection chez l'adulte ont été observées chez les troupes noires importées en Europe durant la Grande Guerre. Bien qu'ordinairement, il s'agisse de localisations ganglionnaires, la pleurésie n'est pas exceptionnelle. En 1920, BROQUET et MORENAS en ont rapporté 22 cas.

Les Noirs font des formes septicémiques avec épanchement très abondant et évolution rapidement mortelle. Le liquide est souvent hémorragique.

Les Arabes font également des formes graves, mais d'un aspect un peu spécial (RYCKEBUSCH).

Le début est précédé d'une phase prémonitoire de bronchite avec adénopathie hilare, puis apparaissent les signes pleuraux, ordinairement discrets. Il y a très peu de liquide.

L'évolution se fait vers la symphyse évolutive et plus ou moins précocement vers la généralisation tuberculeuse.

La guérison avec coque pleurale cicatricielle est exceptionnelle.

Ordinairement, le diagnostic est facile ; il se pose sur trois éléments :

- la notion d'un contage récent,
- le virage de la cuti-réaction,
- l'évolution tuberculeuse ultérieure.

PRONOSTIC

La pleurésie primitive autonome se présente comme une affection aiguë inflammatoire dont l'évolution est essentiellement curable : malgré leur allure parfois sérieuse toutes nos observations se sont terminées par la guérison.

Mais à la bénignité relative de la pleurésie, il faut opposer la gravité de son pronostic tardif qui est celui de l'infection tuberculeuse dont elle a marqué le début. L'avenir des pleurétiques est une question restée à l'ordre du jour depuis que LANDOUZY en a montré l'importance.

Nous étudierons donc successivement le pronostic immédiat et le pronostic tardif de la pleurésie.

PRONOSTIC IMMEDIAT

Le pronostic immédiat est celui d'une lésion locale qui, comme toutes les lésions de primo-infection, est essentiellement curable. Il ne se pose donc pratiquement pas.

Mais nous avons vu, et c'est un fait sur lequel avaient insisté BARD, CHANTEMESSE et COURCOUX, que de nombreuses pleurésies, ou associées à des lésions pulmonaires, ou autonomes mais tardives ressemblent cliniquement aux pleurésies primitives. Avant d'affirmer la bénignité, il faut donc prouver la primo-infection ; aussi peut-on dire que le pronostic immédiat est fonction du diagnostic.

Celui-ci est facile lorsqu'on a la notion d'une cuti-réac-

tion antérieurement négative ; mais il est très rare que cette preuve soit fournie ; aussi doit-on s'appuyer sur d'autres éléments.

1. — L'âge

L'âge a une certaine importance : la pleurésie semble de meilleur pronostic chez les enfants que chez les adultes, parce qu'elle a plus de chances d'être primitive chez eux.

2. — Les signes cliniques

— LE MODE DE DÉBUT aurait une très grosse valeur pronostique : un début lent et trainant indique en général une forme grave ; au contraire, le début franc et brusque avec fièvre d'emblée élevée est d'un bien meilleur pronostic.

Ainsi que l'a dit JOUSSET, « *la pleurésie de bon aloi est brutale et sévère* ». Cela vient peut-être de ce qu'elle force le malade à s'aliter.

— LA COURBE THERMIQUE a une signification semblable : la fièvre des pleurésies sévères est exceptionnellement élevée, et les oscillations y sont de faible amplitude, si le tracé est régulier, avec des oscillations franches, très élevées au début, puis descendant en lysis, le pronostic est bien meilleur (JOUSSET). Le caractère *cyclique* de la température est évident dans les pleurésies bénignes. WALLGREEN l'a bien montré par le tableau suivant que nous nous permettons de reproduire :

<i>Durée de la fièvre en semaines</i>	<i>Nombre de cas</i>
1.	1
2.	23
3.	79
4.	17
5.	6
6.	5
7.	4
8.	1
9.	1

Pour cet auteur, cette évolution cyclique de la température et la brusquerie du début, qu'il faut opposer à l'évolution capricieuse des autres formes de tuberculose caractérisent la survenue de la pleurésie à une époque où l'allergie est très forte, c'est-à-dire tout à fait à son début.

— LA DURÉE a la même signification que la courbe thermique : d'après le tableau ci-dessus, on voit que les pleurésies courtes (15 à 20 jours), étant généralement des pleurésies primitives, seront d'un meilleur pronostic.

— L'IMPORTANCE DE L'ÉPANCHEMENT n'a aucune valeur pronostique pour la plupart des auteurs. SCHEEL prétend cependant que les grands épanchements sont plus souvent suivis de tuberculose pulmonaire que les petits. On peut attribuer ce fait à *la ponction* qu'ils nécessitent, mais PEHU et DAGUET, BRELET ont montré qu'elle n'avait pas d'influence.

Dans nos observations, nous n'avons noté aucune différence à ce sujet.

Quant aux épanchements intarrissables, aux épanchements récidivants, il est évident qu'ils indiquent un processus évolutif.

— LA COURBE D'URINE qui se maintient sensiblement normale dans les pleurésies curables, aurait une certaine valeur (PIÉRY et NICOLAS).

3. — La marche de la convalescence

La marche de la convalescence a également une très grosse valeur.

La convalescence doit être franche, avec reprise de l'appétit et des forces. On attribuera donc un pronostic fâcheux à certains signes.

— *une instabilité ou irrégularité thermique* avec des élévations passagères. C'est un élément de valeur. Dans presque toutes nos observations de pleurésie suivie d'évolution tuberculeuse, la température n'a jamais retrouvé son rythme régulier. Il faut donc continuer à surveiller les pleurétiques tant qu'ils n'ont pas une courbe thermique absolument normale, ne pas les considérer trop tôt comme guéris, et en particulier éviter chez eux les fatigues et les déplacements.

— *la perte de poids*, deuxième élément de valeur. Après les pleurésies, comme après toutes les affections aiguës, la courbe de poids normale doit aller en augmentant, et sa chute crée une forte présomption de tuberculose pulmonaire.

— *l'apparition de signes pulmonaires* : gêne respiratoire, et surtout toux, expectoration bacillifère. MANTOUX a insisté récemment sur les *douleurs*. « En général, les douleurs sont d'autant plus vives que la pleurésie est plus récente ; peu à peu, elles s'atténuent » ; et leur persistance constituerait un bon signe d'évolution pulmonaire.

En fait, pour le dépistage de ces lésions pulmonaires,

on ne devra pas attendre ces signes fonctionnels, mais pratiquer systématiquement un examen physique et radiologique.

— *la récidive de l'épanchement*, dont nous avons déjà vu la fâcheuse signification.

4. — L'examen de l'expectoration

Par définition, on ne doit pas trouver de bacille de Koch, dont la présence indiquerait une participation pulmonaire. Leur recherche doit cependant être faite en vue du diagnostic; pour qu'elle soit correcte, il faut savoir recueillir l'expectoration. Pendant la période d'épanchement, le pleurétique ne crache pas. C'est donc tout au début, ou à la fin de la période aiguë, après la résorption de l'épanchement, que l'expectoration pourra être examinée.

5. — La Radiologie

La radiologie, au cours de la pleurésie, n'a de valeur qu'autant qu'elle permet d'apprécier les lésions pulmonaires sous-jacentes ; aussi a-t-on proposé la création momentanée d'une pneumoséreuse pour les mieux connaître (TOURNANT, Mlle GAUTSCHI).

Après la résorption de l'épanchement, elle est très importante, non seulement pour renseigner sur l'état pulmonaire, mais pour évaluer les *séquelles*. On pratiquera surtout un *examen radioscopique* qui montrera au minimum :

— la diminution de transparence du tiers inférieur du poumon,

— une modification du plancher diaphragmatique : différence de niveau, diminution d'amplitude, disparition d'un sinus.

Ces séquelles sont importantes à évaluer à cause de la gêne qu'elles peuvent apporter à la fonction respiratoire. Elles peuvent présenter tous les degrés, depuis les quelques adhérences empêchant la création d'un pneumothorax en cas de tuberculose ultérieure, jusqu'à la symphyse étendue et souvent évolutive.

En fait, il semble qu'on ait beaucoup exagéré l'importance de ces séquelles : on les voit certes dans les premiers temps qui suivent la pleurésie ; mais dans presque toutes nos observations elles ont disparu très rapidement et complètement en quelques mois. C'est là un des principaux caractères des pleurésies de primo-infection.

6. — La cuti-réaction

Les épreuves tuberculiniques donnent généralement au cours des pleurésies primitives des réactions particulièrement intenses, d'apparition précoce et d'évolution prolongée.

Cette hypersensibilité tuberculinique va de pair avec le début aigu et l'évolution cyclique.

Il semble qu'elle soit en faveur de la primo-infection ; on observe en effet des réactions semblables au cours des érythèmes noueux ou autres manifestations du début de l'infection tuberculeuse.

Dans la pleurésie, elle existerait pour BEZANÇON et WEIL dans 87 % des cas ; il semble que ces cas répondent aux pleurésies de primo-infection ; leur proportion est d'ailleurs voisine de celle de 79 % que nous avons trouvée.

La valeur pronostique que JOUSSET a attribuée à la cuti-réaction est alors expliquée. Elle peut se résumer ainsi : dans les pleurésies suspectes, on observe des réactions variables, toujours mesquines et parfois négatives, alors que dans la pleurésie « a frigore », elles sont toujours d'une intensité remarquable.

7. — La réaction de fixation

La réaction de fixation, vis-à-vis des antigènes tuberculeux (antigènes de Besredka, de Nègre et Boquet) a été étudiée, tant avec le liquide exsudé qu'avec le sérum sanguin. Les résultats sont d'ailleurs parallèles.

Dans les pleurésies primitives, elle demeure faible ou nulle en période d'état, et reste négative pendant la convalescence. Dans les pleurésies secondaires ou associées à des lésions pulmonaires plus ou moins évolutives, elles sont, ou positives d'emblée et pendant longtemps, ou négatives au début, mais deviennent positives par la suite, et parfois tardivement ; aussi est-il nécessaire de les répéter et de ne pas tirer de conclusions d'une seule réaction (COURCOUX et BERGERON, BEZANÇON, RIEUX, LÉON BERNARD et VALTIS).

Ces résultats sont d'ailleurs encore à l'étude.

8. — L'examen du liquide pleural

L'examen du liquide pleural permettrait également de tirer certains éléments pronostiques. On a surtout insisté sur :

— la *coagulabilité* (JOUSSET et CARTIER) : une quantité

de fibrine supérieure à 0 gr. 50 par litre indiquerait un épanchement bénin à guérison rapide,

— *la proportion d'albumine* qui, dans les pleurésies primitives, serait élevée et tendrait à s'élever ; dans les pleurésies secondaires, serait basse et tendrait à baisser. Il ne faut donc pas tenir compte d'un seul dosage mais de la courbe et de la tendance des dosages successifs,

— *le degré et les variations quantitatives de la cytologie pleurale* : chiffre élevé, plus de 2.000 leucocytes par mm³ dans les pleurésies primitives ; chiffre bas, moins de 2.000, dans les pleurésies secondaires (D'ŒLNITZ et CARCOPINO),

— *l'examen bactériologique* : alors qu'on trouve facilement des bacilles de Koch dans les pleurésies graves et évolutives, on n'en trouve qu'exceptionnellement dans les pleurésies primaires (JOUSSET).

En réalité, il semble bien qu'en sachant chercher le bacille, on le trouve presque toujours, quelle que soit la forme de la pleurésie.

Sur milieu de Lœwenstein, suivant une technique voisine de celle de SAENZ, COURCOUX et BERGERON ont obtenu une culture positive dans 72 % des cas. Cette recherche peut avoir au cours des pleurésies primitives un intérêt médico-social de premier ordre en aidant à faire accepter la cure sanatoriale.

9. — La vitesse de sédimentation globulaire

La vitesse de sédimentation globulaire a, pour VAUCHER, une importance très grande : elle constitue un des meilleurs éléments du pronostic immédiat, et « tant qu'elle est élevée, il faut craindre un réveil offensif de la maladie ».

En résumé, quelques-uns de ces éléments peuvent aider à apprécier la nature de la pleurésie en cause, et, par conséquent, à poser un pronostic immédiat.

Dans le cours de la maladie, on se basera surtout sur le mode de début, la courbe thermique, l'appréciation des lésions radiologiques, la cuti-réaction.

Quand la convalescence sera amorcée, on suivra la courbe de température et la courbe de poids ; on pratiquera des examens physiques, bacilloscopiques et radiologiques à intervalles réguliers.

La réaction de fixation du complément et l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire semblent devoir aider à établir ce pronostic.

PRONOSTIC ELOIGNE

La possibilité d'une évolution tuberculeuse ultérieure se présente toujours à l'esprit lorsqu'on veut poser le pronostic tardif des pleurésies.

Depuis longtemps, on insiste sur sa fréquence que de nombreuses statistiques ont cherché à évaluer. Leurs résultats sont très discordants. Il semble, d'après leur étude, qu'on puisse s'arrêter à une moyenne de 20 à 30 %.

Cette proportion est très élevée; aussi, cherche-t-on à la diminuer par une thérapeutique approfondie, et surtout par la surveillance des anciens pleurétiques.

Pour que ces précautions soient effectives, il est indispensable de savoir à *quel moment* on doit les prendre. On a donc cherché dans l'avenir des pleurétiques, l'époque la plus propice au développement de la tuberculose. Il est

prouvé que ce sont les premières années, et que plus la pleurésie est ancienne, moins la tuberculose a de chances d'évoluer (LEMOINE, THUC, ALLARD-KÆSTER, SCHEEL).

ECKERSTRÖM, dans une statistique récente, a contrôlé ce fait ; il prétend que la moitié des cas de tuberculose post-pleurétiques débute dans les deux premières années qui suivent la pleurésie, et insiste sur le fait que presque toutes les tuberculoses mortelles se trouvent dans cette moitié.

Ne voulant pas étudier spécialement l'avenir des pleurétiques, nous ne nous sommes pas attachés à suivre nos malades.

Cependant, 180 d'entre eux ont été revus un an après leur pleurésie. Sur ce nombre :

1° 168, soit 89 %, étaient en bonne santé,

2° 20, soit 14,4 %, avaient présenté des lésions tuberculeuses se répartissant ainsi :

— 6 tuberculoses pulmonaires (obs. 34, 74, 88, 130, 133, 212),

— 8 récides pleurales (obs. 10, 27, 63, 104, 116, 146, 241, 242),

— 2 granulies (obs. 55, 241),

— 3 péritonites (obs. 35, 36, 121),

— 1 ostéite (obs. 260).

Sur ces cas, il n'y a eu que deux décès, les deux granulies, mais sur les six cas de tuberculose pulmonaire, quatre avaient encore à ce moment un pronostic réservé.

Enfin, 25 des 168 malades encore en bonne santé au bout d'un an, ont été revus trois ans après ; sur ce nombre, 3 avaient des lésions pulmonaires évolutives (obs. 80, 134, 196).

Ces chiffres portent sur un très petit nombre de cas ; ils se rapprochent cependant des moyennes établies par les

différents auteurs, et comme elles, montrent la fréquence de la tuberculose dans les 2 ou 3 premières années suivant immédiatement la pleurésie. Il semble que, passé ce cap, la tuberculose ait très peu de chances d'évoluer.

Ce fait, connu depuis longtemps par expérience, est expliqué aujourd'hui par la fréquence de la pleurésie au cours de la primo-infection, c'est-à-dire à une période où le sujet est particulièrement sensible aux réinfections extérieures.

Si nous analysons nos pleurésies, nous voyons en effet que toutes celles qui comportent un mauvais pronostic n'ont pas été traitées comme il convient au cours de la convalescence. Les deux granulies en particulier se sont déclarées à la suite d'un transport en montagne alors que le processus infectieux n'était pas arrêté.

La pleurésie partage en cela le pronostic de toutes les manifestations de primo-infection commandé par trois facteurs :

- la répétition du contagé,
- le milieu social,
- l'état général

déterminant le degré de résistance de l'organisme à l'atteinte bacillaire.

1. - La répétition du contagé

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur la nécessité d'éviter les réinfections exogènes tant que l'allergie n'est pas solidement établie.

On sait depuis longtemps qu'on trouve toujours des contaminations massives et répétées à l'origine des tuberculoses évolutives de l'enfance. Les beaux résultats de l'Œuvre Grancher en ont témoigné. Les enfants issus de

parents tuberculeux et écartés de bonne heure du milieu familial restent indemnes de toute lésion. Au contraire, la mortalité élevée, par tuberculose, des enfants restés soumis à la contamination familiale n'est plus à démontrer.

Chez l'adulte, tout en étant de connaissance plus récente, la question reste la même. Suivant des étudiants en médecine et des infirmières, COURCOUX et ALIBERT ont montré que la tuberculose sévissait presque exclusivement chez ceux dont la cuti-réaction était négative au début des études. Sur 27 étudiants dans ce cas, ils ont noté quatre fois des lésions pulmonaires évolutives, alors qu'ils n'en ont rencontré qu'une fois sur 272 étudiants déjà allergiques au moment de leurs premiers stages hospitaliers.

DUFOUT, SCHEEL, KRAMER sont arrivés à des constatations analogues.

La prophylaxie anti-tuberculeuse doit donc s'exercer aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Elle consiste avant tout à *éloigner des foyers de contagie tous les sujets récemment infectés*. (Rappelons à ce propos que de nombreux auteurs ont proposé l'exclusion des services de tuberculeux de toutes les personnes ayant une cuti-réaction à la tuberculine négative).

Les pleurétiques qui, nous l'avons vu, sont à ce stade précoce de l'infection tuberculeuse où les réinfections exogènes demeurent particulièrement nocives, devront donc être soumis à cette loi.

Nos observations en témoignent : sur 180 sujets envoyés en préventorium et bien surveillés, nous n'avons eu que 6 cas de tuberculose grave ou mortelle en une année (3,3 %); alors qu'ECKERSTRÖM donne, pour la même période, 13,7 % de mortalité pour l'ensemble des pleurétiques.

2. - Le milieu social

L'influence du milieu social est évidente. Dans les classes aisées, les malades sont généralement plus aptes à résister à la tuberculose que dans les classes pauvres. La promiscuité y est moindre, donc les contagés moins intenses et moins continus. Les conditions matérielles permettent au malade le repos, la cure prolongée, la bonne alimentation dont ils ont besoin. Au contraire, le logement malsain, le surmenage, la sous-alimentation, la nécessité d'une reprise trop précoce du travail sont autant de mauvaises conditions.

3. - L'état général

L'état général joue certainement un rôle primordial. L'expérience a montré depuis longtemps chez l'enfant que presque toujours, sinon toujours, la tuberculisation se produit sans dommage si l'organisme est dans de bonnes conditions de résistance.

Rappelons la gravité des tuberculoses qui éclatent à l'époque de la puberté, après les maladies anergisantes, ou chez les débilités.

Chez l'adulte, pourtant plus résistant, il en est de même. COURCOUX et ALIBERT ont montré que la primo-infection tuberculeuse était notablement plus grave chez les étudiants en médecine que chez les infirmières qui vivent dans des conditions d'hygiène, de repos et de bonne alimentation très supérieures.

La surveillance devra donc s'exercer après une pleurésie, à éviter toutes les causes de fléchissement de l'état général : le *travail*, la *mauvaise alimentation*, les *maladies*

intercurrentes (LORTAT-JACOB a insisté sur la gravité de la grippe après les pleurésies ; il rapporte 3 observations de jeunes femmes bien remises de leur pleurésie et qui, à la suite de la grippe, font une tuberculose aiguë ulcéro-carréuse), les *fatigues* physiologiques (mariage, grossesse), ou physiques (service militaire).

En résumé, si l'on réussit dans les mois qui suivent la pleurésie à mettre le sujet dans les meilleures conditions d'existence possibles, et à éviter les réinfections exogènes précoces, on doit considérablement améliorer le pronostic. Il semble même qu'on doive obtenir ainsi pour les pleurésies un pronostic meilleur que pour les autres formes de la primo-infection tardive, puisqu'on a eu l'avantage d'un diagnostic précoce.

TRAITEMENT

La pleuro-tuberculose primitive se présentant sous deux grandes formes cliniques :

- la pleurésie autonome,
- la pleurésie septicémique,

le traitement devra être envisagé pour chacune de ces deux formes.

Mais nous avons vu qu'à côté de la lésion locale, la pleurésie était l'indice d'une infection tuberculeuse récente susceptible de continuer son évolution. Après la guérison de l'épisode aigu pleural, il faut par conséquent traiter la tuberculose, et ce problème est de beaucoup le plus important.

Nous étudierons successivement le traitement au cours de la maladie et au cours de sa convalescence pour l'une et l'autre forme.

1. — TRAITEMENT AU COURS DE L'ÉVOLUTION AIGUE

1. — Pleurésie autonome

Cette forme est essentiellement curable, tout traitement actif, spécifique, biologique est donc inutile. Mais, d'une part, en temps qu'affection tuberculeuse, il faut lui appliquer les mêmes règles hygiéno-diététiques qu'aux autres formes de tuberculose ; d'autre part, les signes fonction-

nels, que la présence de liquide dans la plèvre entraîne, demandent un traitement symptomatique et opportuniste.

1. — Soins hygiéno-diététiques

— LE REPOS absolu est nécessaire; tout pleurétique doit être maintenu au lit, non seulement pendant la période aiguë, mais jusqu'à la résorption complète de l'épanchement. De bonnes conditions de calme et d'aération doivent être réalisées, et surtout, le malade doit être *isolé*, à l'abri de toute réinfection possible.

— L'ALIMENTATION doit être surveillée.

Si, les premiers jours, avant que le diagnostic soit ferme, elle peut être légère : lait, potages, bouillon de légumes, jus de fruits, on doit l'augmenter très rapidement.

En période d'état, elle doit être *abondante* et *riche* (hypersucrage lacté), comme dans toutes les formes de tuberculose. Ainsi le sujet sera plus résistant, et pourra mieux faire les frais de son infection tuberculeuse.

Mais il faut éviter, sous prétexte de remonter l'état général, l'emploi de certains médicaments dits « fortifiants », en particulier l'iode et l'arsenic. Ils peuvent être dangereux, même chez l'enfant. (HUTINEL).

— LA DÉSINFECTION de la bouche et du nez, la régularité des fonctions intestinales, la surveillance des urines sont indiquées ici comme dans toute autre affection fébrile.

2. — Traitement symptomatique

— Les premiers jours le malade est gêné par les SIGNES FONCTIONNELS ; il convient de le soulager.

1. La douleur et la dyspnée seront calmées par :

Les révulsifs : enveloppements chauds, sinapismes, au

besoin pointes de feu ou repassage au fer chaud de la paroi thoracique (GODLEWSKI).

Les calmants : ordinairement un peu d'aspirine suffit ; mais il se peut qu'on soit amené, si les douleurs sont trop vives, à faire une injection calmante. Il est préférable de remplacer la morphine par une injection locale de papavérine à la dose de 5 centigr. qui donne d'excellents résultats. (COURCOUX).

2. La toux sera calmée par des préparations à la codéine ou par des opiacés.

— La FIÈVRE pourra être calmée par des enveloppements tièdes et humides appliqués autour du thorax, ou par des frictions alcoolisées.

Les antithermiques ne sont pas à conseiller.

— Rapidement du reste ces symptômes s'amendent et c'est l'AUGMENTATION DE L'ÉPANCHEMENT qui doit retenir l'attention du clinicien. Il faut la surveiller de près pour discuter l'opportunité d'une *ponction évacuatrice*.

Tous les auteurs s'accordent actuellement pour ne la pratiquer qu'en cas d'absolue nécessité ; elle constitue en effet un traumatisme qui, même minime, doit être évité ; la guérison n'en sera que meilleure et plus rapide. La pleurésie se comporte ici comme les tuberculoses pulmonaires ou osseuses et aime être laissée au repos.

Il est rare d'ailleurs que le liquide devienne dans cette forme suffisamment abondant pour que son évacuation devienne nécessaire ; on pourra l'éviter ou la retarder dans les cas limites par la position demi-assise avec inclinaison du côté malade pour obtenir la libération du côté sain.

Tant que le liquide n'a pas atteint son maximum, tous les procédés tendant à s'opposer à sa formation sont illu-

soires. Il est inutile de les employer, mais plus tard on peut essayer d'amorcer précocément et de hâter sa résorption. Plusieurs méthodes ont été vantées; nous retiendrons les plus importantes.

1. *Le chlorure de calcium* à fortes doses donne les meilleurs résultats ; ainsi que l'a montré BLUM, de Strasbourg, il agit en augmentant l'élimination urinaire, mais n'agit qu'à fortes doses.

On commencera la cure par des doses moyennes, 4 à 6 grammes, mais on arrivera rapidement à donner 12, 15 grs et plus. On l'administrera en l'incorporant dans du sirop, du jus de fruit, du café au lait, ou on emploiera une des nombreuses préparations du commerce.

Son action est certaine, mais il a l'inconvénient d'être souvent très mal supporté, et des phénomènes d'intolérance gastrique peuvent obliger à abandonner la cure. Il faut donc la doser soigneusement, ne pas la prolonger plus de 5 à 6 jours et lui associer un régime pauvre en chlorures.

2. *L'auto-sérothérapie*, prônée par GILBERT, de Genève, consiste à prélever tous les 2 ou 3 jours 2 à 5 cm³ de liquide pleural et à le réinjecter dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette méthode qui a connu un moment de vogue est aujourd'hui totalement abandonnée. Il est prouvé en effet qu'elle n'est pas toujours inoffensive, le liquide pleural pouvant contenir du bacille de Koch; en le réinjectant on risque de créer des abcès par inoculation. Or il est illogique d'employer un procédé dangereux pour traiter une affection qui guérit toute seule.

3. *Le sérum de Jousset* n'est pas indiqué ici; suivant JOUSSET il est utile dans les pleurésies graves associées à des lésions pulmonaires, mais la pleurésie primitive ne demande aucun traitement spécifique.

4. *Les injections intra-pleurales* de substances antiseptiques d'antigène méthylique, d'allergine sont également absolument inutiles.

L'emploi des *sels d'or* peut être dangereux et est de plus en plus abandonné.

5. *Le vésicatoire*, qui ne sert qu'à abimer la peau du malade, est aujourd'hui une méthode historique.

Toutes ces méthodes sont donc inutiles puisqu'il s'agit d'une affection essentiellement curable ; elles peuvent être dangereuses ; il faut leur préférer l'*abstention thérapeutique* infiniment plus logique. C'est d'ailleurs elle qui donne les meilleurs résultats si les conditions indispensables d'*isolement*, de *repos* et de *bonne alimentation* sont réalisées.

II. — Pleurésie septicémique

Le traitement est le même ; nous insisterons tout particulièrement sur l'importance capitale du *repos* et de la *bonne alimentation* nécessaire pour remonter l'état général du malade. On pourra y joindre des injections de choline ou de gluconate de calcium.

Les signes fonctionnels seront calmés comme précédemment. Mais ici l'épanchement devient rapidement très abondant ; nous avons vu combien il était illusoire de chercher à s'opposer à sa formation. La PONCTION ÉVACUATRICE sera donc ici fréquemment indiquée. Nous en rappellerons les principes essentiels.

1. *Indications.* — Elles doivent être précises ; il ne faut

ni vider inutilement un épanchement, ni attendre qu'il y ait une compression cardiaque grave pouvant se terminer par la mort subite. A ce titre les épanchements droits, comprimant directement les oreillettes, sont plus redoutables que les pleurésies gauches. DIEULAFOY enseignait qu'un épanchement supérieur à 1.800 grs. devenait dangereux et devait être évacué.

La dyspnée, l'insomnie, pourront attirer l'attention, mais le signe avertisseur de ces gros épanchements est la présence d'une *matité antérieure* (à gauche, matité de l'espace de Traube). Le déplacement des organes, la matité postérieure, sont de moins bons signes.

2. *Technique* : doit être soigneuse si l'on veut éviter les accidents.

Le malade doit être en position couchée ou demi-assise.

La ponction ne sera pas faite trop basse, mais vers le septième espace, sur la ligne axillaire.

La région sera insensibilisée par une injection locale (solution de novocaïne à 1 % adrénalinée).

Ordinairement, un simple siphonage, amorcé à la seringue ou à l'entonnoir, suffit ; pour ne pas faire d'aspiration trop importante, la différence de niveau ne doit pas dépasser un mètre.

On peut également employer l'appareil de Potain ou mieux une seringue à double courant permettant la réinjection d'air, ou la seringue de Mayer.

La décompression trop brusque et trop rapide est en effet dangereuse; s'il est indiqué de retirer une grande quantité de liquide, il faut en remplacer une partie par du gaz (oxygène ou azote). On l'injectera en quantité égale à la moitié environ du liquide retiré.

Enfin, dernière précaution capitale : il ne faut jamais assécher complètement une plèvre.

-- Les *accidents* au cours de la thoracenthèse ne sont pas rares. Ils doivent être évités grâce à une bonne technique de ponction.

Ils peuvent être bénins : *toux*, symptôme d'alarme demandant l'arrêt de la ponction ou la réinsufflation d'air, *œdème pulmonaire* sous toutes ses formes.

Mais on a signalé au cours des ponctions de la plèvre des *crises épileptiformes* (CAIN et HILLEMAND, TROISIER). Les *syncopes* pouvant se terminer par la mort. Leur pathogénie, réflexe pleural ou blessure du poumon avec l'aiguille, est discutée. Au moindre signe annonciateur, il faut rapidement arrêter la ponction et faire une injection d'acétylcholine.

Enfin à la suite d'une ponction trop complète asséchant la plèvre, on peut observer une *poussée granulique*.

Ces accidents graves sont heureusement l'exception et ordinairement une ponction bien faite n'occasionne aucun trouble.

2. — TRAITEMENT DE LA CONVALESCENCE

Ce n'est plus une pleurésie qu'on soigne, mais une tuberculose au début. Comme après toute primo-infection tuberculeuse, le traitement devra donc répondre à deux indications majeures :

— ÉLOIGNEMENT DES MILIEUX DE CONTAGE,

— REPOS COMPLET.

A ces deux indications se joignent l'influence de la *bonne alimentation*, la *cure d'air* dans un climat favorable, et surtout la nécessité d'une *surveillance médicale suivie*.

Ces conditions ne peuvent être convenablement réalisées que dans un *établissement spécialisé* ayant à sa disposi-

tion un service médical bien compris; il est nécessaire de pouvoir pratiquer périodiquement des examens radiologiques et bactériologiques afin d'évincer tous les sujets douteux ; il est nécessaire également qu'une certaine discipline oblige au repos complet des convalescents qui trop facilement se croient guéris. Le préventorium ou le sanatorium avec service spécial de pleurétiques, comme cela tend à se faire, répondent à ces besoins. On rejettera les établissements recevant des bacillaires qui pourraient contaminer leurs voisins.

La *cure libre* ne se défend que si l'on peut y réunir les mêmes conditions, mais il est évident qu'elle présentera des difficultés matérielles et morales beaucoup plus grandes.

Mais il faut savoir que de toutes ces indications, au début, c'est le *repos* la plus importante, celle qui doit passer avant toute autre considération.

Il ne faut donc pas se hâter, sous prétexte de l'envoyer dans un climat favorable, de déplacer un pleurétique; on risque de réactiver une lésion mal fixée.

Cela est surtout vrai lorsqu'on a décidé un départ en montagne; l'altitude exigeant des échanges pulmonaires trop rapides. L'expérience a montré qu'il fallait compter un minimum de six semaines d'apyrexie complète avant d'autoriser le départ; trois de nos observations l'illustrent tristement (obs. 88, 55, 241). Ces six semaines pourront s'écouler à domicile si l'éloignement des sources de contamination est bien réalisé.

I. — Pleurésie autonome

Choix du climat

Il existe quelques contre-indications générales. La principale est le *vent*, comme pour la tuberculose pulmonaire; il excite les échanges pulmonaires, a une action congestionnante indéniable, augmente la nervosité. La Beauce, les régions où souffle le mistral, les plages du Nord et de la Manche seront donc évitées.

La *haute altitude*, très dangereuse si on y transporte le sujet trop brusquement ou trop précocément après sa période fébrile, les vallées peu aérées amollissantes, l'humidité permanente et froide des terrains marécageux seront également évincées.

Le littoral méditerranéen enfin est loin de convenir à tous les besoins comme on l'a si longtemps cru.

L'influence heureuse semble d'ailleurs plutôt due au *changement de climat* qu'au climat lui-même; ainsi les montagnards supportent parfaitement la haute altitude, les Normands et les Picards se trouvent très bien du littoral sud-ouest. Il ne faut donc pas s'en tenir à une formule trop absolue, mais varier suivant les conditions individuelles.

Cependant, on choisira un séjour largement ensoleillé, abrité des vents violents, possédant un sous-sol perméable :

— pour les fatigués, les nerveux, les instables, les cardiaques, les entéritiques, on donnera la préférence aux *climats de plaine* : Ile-de-France, régions du Sud-Ouest, Landes.

— pour tous les autres, la *montagne* paraît être le séjour idéal. Les conditions optima semblent réalisées par les

climats de *moyenne altitude* (1.000 m.) dans les régions peu éventées. Il est nécessaire de pratiquer un examen minutieux du poumon avant le départ du malade, et de surveiller de très près la période d'adaptation.

Organisation de la cure

Le *repos* reste l'indication majeure.

Au début, pendant la période d'acclimatement qui suit le changement de séjour, surtout vers la montagne, il doit être absolu. Il faut compter 15 à 20 jours d'observation avant de permettre une vie plus active. Si tout va bien alors, on autorisera de petites promenades. Mais pendant toute la cure, le malade fera 12 heures de lit la nuit, et s'étendra 3 heures dans la journée (une heure avant midi, une heure après le déjeuner, et une heure avant le diner).

Il faut *doser la fatigue* comme un médicament. Elle est dangereuse : la simple constatation de la petite élévation thermique qui suit les premières promenades de nos pleurétiques en est la meilleure preuve.

On leur interdira donc la *gymnastique respiratoire*, bien que certains l'aient recommandée, surtout chez l'enfant, pour éviter les déformations thoraciques secondaires. A plus forte raison, les sports d'hiver trop tentants à la montagne, les bains de mer seront strictement défendus.

L'*héliothérapie* est également à déconseiller. Il suffit de rappeler les accidents dus aux cures de soleil exagérées qui se pratiquent aujourd'hui sur la plupart des plages.

Durée de la cure

C'est un point sur lequel on a longtemps discuté. Actuellement, tout le monde s'accorde pour qu'elle soit d'au

moins *six mois*. Ce délai est d'ailleurs admis par la loi française, et les services publics, les caisses d'assurances sociales l'accordent aux pleurétiques.

Mais il faut attendre au moins deux ou trois ans avant d'autoriser ces sujets à reprendre une vie normale.

Pendant cette période, il faut éviter :

— les *réinfections exogènes* intenses, comme celles qui pourraient se produire, par exemple, pour les étudiants en médecine, dans les services de tuberculeux,

— le *surmenage*, de quelque ordre qu'il soit. Il est toujours susceptible de réactiver le foyer tuberculeux devenu latent.

VAUCHER n'autorise une jeune fille à se marier, un jeune homme à faire son service militaire, qu'après ce délai.

La *surveillance médicale*, examen clinique complété par une radiographie pulmonaire, doit s'exercer régulièrement pendant toute cette période.

II. — Pleurésie septicémique

On devra choisir des climats de *plaine* et éviter le transport trop précoce de ces malades. Le *repos* devra être absolu pendant de longs mois.

En résumé, le traitement des pleurésies est celui de toutes les manifestations de primo-infection tuberculeuse avec ses deux indications majeures : le repos, l'isolement des sources de contagie. Ce fait est si vrai qu'il était connu et admis d'expérience depuis longtemps sans qu'on sache en expliquer la raison.

CONCLUSIONS

Nous avons cherché à montrer dans cette étude qu'un grand nombre de pleurésies primitives sont un accident de la primo-infection tuberculeuse.

LANDOUZY avait déjà envisagé la pleurésie *a frigore* des jeunes et des adolescents comme la première manifestation flagrante de la tuberculose dans l'organisme.

Les études toutes récentes basées sur des recherches tuberculiniques précises ont montré que l'extériorisation clinique de la primo-infection s'exprimait parfois par une pleurésie séro-fibrineuse. Grâce à un certain nombre d'observations, les caractères cliniques, l'évolution et le pronostic de cette forme ont pu être précisés. Ils reproduisent d'une manière singulièrement fidèle ceux de l'ancienne pleurésie *a frigore*. On peut donc se demander si celle-ci n'est pas fréquemment l'expression clinique de la primo-infection.

Cette assimilation gagnera en précision le jour où les cuti-réactions en série seront faites comme il convient.

1° Dans des cas encore assez peu nombreux, nous avons eu la preuve, grâce aux réactions tuberculiniques, que la pleurésie était contemporaine des accidents de primo-infection et avait la valeur de l'extériorisation clinique du début de l'infection tuberculeuse.

Comme telle, elle est surtout fréquente chez l'enfant et l'adolescent, et est caractérisée par son début aigu et brutal, son évolution cyclique, sa guérison rapide avec un minimum de séquelles.

2° Nous avons rapproché de ces faits indiscutables de très nombreuses pleurésies dont la place dans l'infection tuberculeuse ne peut être affirmée de façon absolue faute de réactions tuberculiniques.

Leur apparition chez des sujets jeunes, leur évolution, leur pronostic sont exactement comparables aux faits considérés comme indiscutables. Nous avons pu démontrer par l'étude des commémoratifs qu'elles rentraient dans le cadre des pleurésies de primo-infection dans 79 % des cas.

3° La pleurésie primitive des jeunes peut donc être considérée dans la très grande majorité des cas comme un accident de la primo-infection.

Elle affirme non plus seulement la tuberculisation du sujet mais une tuberculisation récente.

Envisagée ainsi, sa valeur est considérable; symptôme bruyant, elle attire facilement l'attention et permet de traiter l'infection tuberculeuse dès ses débuts.

4° Le *pronostic* de ces pleurésies est celui de la plupart des manifestations de primo-infection.

Comme lésion locale, elle est essentiellement curable et ne laisse généralement pas de séquelles. Les formes graves sont exceptionnelles.

Mais l'épisode aigu guéri, l'infection bacillaire dont il a marqué le début persiste, et peut tôt ou tard se réactiver. Le pronostic tardif se pose sur trois facteurs :

La répétition du contagé

Le milieu social

L'état général

c'est-à-dire qu'il dépend du traitement appliqué pendant la convalescence.

5° Le *traitement*, basé sur une expérience clinique assez longue, nous apparaît d'une manière indiscutable comme étant le traitement même de la primo-infection.

Comme tel, il aura pour principal but de soustraire le malade aux réinfections exogènes, et doit être envisagé au cours de l'épisode aigu et pendant la convalescence.

— Au cours de la pleurésie, la régression progressive se faisant spontanément, il doit viser à soulager et à remonter le malade.

— Au cours de la convalescence, il consiste à prescrire le repos complet. On y joindra une bonne alimentation, une hygiène soigneuse, la cure d'air dans un climat favorable, séjour d'altitude. On interdira la gymnastique respirable. On se méfiera des déplacements trop hâtifs vers des toire et l'héliothérapie.

Une surveillance médicale régulière, clinique, radiologique, bactériologique est de toute nécessité; aussi préférera-t-on les cures en préventorium aux cures libres.

On n'autorisera la reprise du travail qu'après six mois de repos complet, mais la surveillance médicale doit continuer à s'exercer pendant deux ou trois ans.

Il est désirable, et la tendance s'en fait jour de plus en plus, de généraliser dans les collectivités d'enfants et d'adolescents la recherche de l'infection tuberculeuse grâce aux

cuti-réactions répétées. Il n'est pas douteux qu'ainsi nous pourrons dans quelques années pouvoir contrôler par de plus larges données cliniques les notions que nous apportons ici basées sur des cadres trop restreints.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
RATHERY.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie ne comporte que les ouvrages récents ayant servi à la rédaction ; pour les textes antérieurs à 1913, se reporter au livre de MM. Chantemesse et Courcoux : Les pleurésies tuberculeuses (Doin, édit. 1913).

ACHARD (Ch.). — L'avenir des pleurétiques. *Paris Medical*, 27 oct. 1928.

ALBERT-WEIL (Jean). — Les réactions tuberculiques dans leurs rapports avec l'allergie tuberculeuse. *Revue de la Tuberculose*, 1932, p. 596.

ALEXANDER (H.). — Therapy of exsudative pleurisy. *Deutsche Tuberc. Bl.*, Fév. 1936, n° 10, p. 27 à 33.

ALIBERT (André). — La tuberculose pulmonaire de l'adolescent. Maloine, édit., 1932.

— Intérêt de la cuti-réaction à la tuberculine dans la pratique journalière. *La Clinique*, juin 1934, A, p. 184.

AMEUILLE (P.). — Tuberculose pleurale et tuberculose généralisée des séreuses. *Annales de Médecine*, janv.-fév 1917, t. IV, n° 1.

ARBORELIUS (Mans). — Klinische Studien über die Tuberkulose-infektion bei Erwachsenen, besonders mit Hinsicht auf das Vorkomen von Primärinfektion. *Acta Soc. Med. Scand.*, 1930, t. LVI.

ARBORELIUS (Mans) et AKERREN (Yngue). — Beitrag zur Kenntnis oder Pathogenese der exsudativen Pleuritis. *Acta Med. Scand.*, 1927, t. LXVI, p. 61.

ARLOING (F.) et BERTHET (Et.). — Rôle des voies lymphatiques dans la genèse de l'infection tuberculeuse du poumon. *Presse Médicale*, 25 avril 1936, n° 34, p. 689.

- ARLOING (F.) et DUFOURT (A.). — Réflexions sur le cycle de l'infection tuberculeuse humaine. *Presse Médicale*, 14 déc. 1932, n° 100, p. 1877.
- Contribution à la pathogénie de la typho-bacilliose pure ou accompagnée d'érythème noueux. Présence de l'ultra-virus dans le sang. *Lyon Médical*, 1930, t. 146,, p. 87.
- ARMAND-DELILLE (P.). — La fièvre de tuberculisation et son diagnostic chez l'enfant. *Le Monde Médical*, 15 mars 1924, p. 217.
- Héliothérapie préventive de l'éclosion de la tuberculose pulmonaire après les pleurésies séro-fibrineuses. *Académie de Médecine*, 7 oct. 1919.
- ARMAND-DELILLE, ISAAC-GEORGES et DUCROCHET. — La spléno-pneumonie tuberculeuse chronique chez l'enfant. *Presse Médicale*, 20 juin 1923.
- ARMAND-DELILLE et LESTOQUOY. — Etiologie et prophylaxie de la tuberculose infantile. *Revue de Médecine*, oct. 1935, an. 52, n° 8, p. 429.
- ARMAND-DELILLE, LESTOQUOY et HUGUENIN. — La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent. Legrand, édit. 1933.
- ARNAUD. — Pronostic des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 19 avril 1930.
- ARNOULD (E.). — La tuberculose chez les*étudiants en médecine. *Presse Médicale*, 5 nov. 1932, n° 89.
- ASTIER (André). — Contribution à l'étude clinique et radiologique des pleurésies séro-fibrineuses traitées par les insufflations de gaz dans la plèvre. *Thèse Montpellier*, 1920.
- ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE (VII^e session). — L'avenir des pleurétiques. Synthèse par GODLEWSKI (HH.). *La Médecine générale française*, juin 1933.
- (XXIV^e session). — La primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte ; synthèse par GODLEWSKI (H.) *La Médecine générale française*, déc. 1936, t. III, 5^e année, n° 10, et janvier 1937, t. IV, 6^e année, n° 1.

- AUBERTIN (E.). — Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme; le rôle du terrain. G. Doin, édit. 1924.
- BACMEISTER. — Nouvelle conception sur l'origine de la tuberculose pulmonaire chronique *Deut. Med. Wochen.*, 1927, Bd. 53; p. 2151.
- BAER. — Comment faut-il comprendre le complexe primaire chez l'enfant. *Beitr. zur Klinik der Tub.*, 1925, Bd 60, p. 630.
- BARBIER (H.). — A propos des accidents syncopaux graves dus aux ponctions pleurales. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 fév. 1925, n° 5, p. 171.
- BAUKE (E.). — Ueber die röntgenologische Nachweisbarkeit von Pleuraexsudaten (Sur la mise en évidence radiol. des épanchements pleuraux). *Mediz. Klinik.*, 10 juil. 1931, n° 28, p. 1032-1033.
- Grenzen der Erkennbarkeit pleuritischer Ergüsse. Röntgenologische Zufallsbefunde. Limite de visibilité des épanchements pleuraux. Découvertes radiologiques de hasard). *Münchener med. Wochens.*, 9 oct. 1931, n° 41, p. 1769.
- BENDA (R.) et MOLLARD (H.). — L'építuberculose et ses manifestations chez l'adulte. *Presse médicale*, 1^{er} janv. 1936, n° 1, p. 22.
- BERNARD (Léon). — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Masson, édit., 1931.
- Les principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. *Rev. franç. de Puériculture*, mai 1933, t. I, n° 2.
- BERNARD (L.) et DEBRÉ (R.). — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 5 oct. 1920, n° 30, p. 86.
- BERNARD (L.) et PARAF (J.). — L'érythème noueux, manifestation de primo-infection tuberculeuse. *Annales de Médecine*, 1929, t. XXV, n° 4, p. 351-359.
- BERNARD (L.) et VITRY. — La primo-infection tuberculeuse chez l'enfant d'âge scolaire. Méthode des cuti-réactions en série : recherche des manifestations cliniques. *Annales de Médecine*, avril 1929, t. XXV, n° 4, p. 390.

- BERTHET (E.). — Du rôle des voies lymphatiques dans la genèse de la tuberculose pulmonaire. *Thèse*, Lyon 1935.
- BERTRAND (R.). — Contribution à l'étude de l'avenir des pleurétiques. *Thèse*, Marseille 1934, n° 23. Leconte, édit.
- BEZANÇON (F.). — Les modalités particulières de la contagion de la tuberculose. *Le Monde Médical*, 1^{er} juin 1935, n° 865, p. 721.
- BEZANÇON (F.) et BUC (E.). — La culture directe du bacille de de Koch dans les épanchements tuberculeux de la pleurésie. *Presse médicale*, 14 oct. 1931.
- BEZANÇON (F.) et PHILIBERT. — Allergie tuberculinique et rôle du terrain dans la tuberculose. *Paris Médical*, 7 fév. 1924, p. 129.
- BEZANÇON (F.) et WEIL (M. P.). — Les causes du développement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *Le Monde Médical*, 1^{er} février 1926, n° 682.
- Les antécédents des pleurétiques. *Annales de Médecine*, avril 1927, t. XXI, n° 4.
 - L'état humoral des pleurétiques. *Annales de Médecine*, avril 1927, t. XXI, n° 4.
 - Mécanisme physio-pathologique de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë. *Annales de Médecine*, avril 1927, t. XXI n° 4.
- BEZANÇON (F.), WEIL (M. P.) et BRODIEZ (L.). — Le mode de début et l'évolution de la pleurésie séro-fibrineuse de l'adulte. *Annales de Médecine*, avril 1927, t. XXI, n° 4.
- BLAZY (C.). — Tuberculose des troupes sénégalaises. *Revue de la Tuberculose*, août 1925, n° 4, p. 461.
- BLUMEMBERG. — Critique de la théorie des stades et en particulier du stade secondaire. *Beitr. z. Klin. der Tuberk.*, 1929, Bd. 71, p. 385-448.
- BOOK (T.). — Statistics on pleuresy in tuberculous patients. *Duodecim* 51, 1935, p. 883-885.
- BOQUET (A.). — Conférences sur la tuberculose à la Faculté de Médecine de Bordeaux. *Gazette hebd. des Soc. Méd. de Bordeaux*, mars 1936, t. 57, p. 130, 146, 163.
- BOQUET (A.) et LAPORTE (R.). — Infection tuberculeuse expérimentale par voie pleurale. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1935, n° 8, p. 741.

- Surinfection tuberculeuse pleurale (L'avenir des pleurétiques tuberculeux). *Soc. de Biol.*, 1935, 30 mars.
- BORELIUS (R.). — On the question of pleuresy and pulmonary tuberculosis. *Acta Med. Scand.*, 1933, t. LXXIX, n° 5-6.
- BORREL (A.). — Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXXIV, 1920, page 105.
- BOUR (B.). — Contribution à l'étude de la primo-infection tuberculeuse tardive. *Thèse Paris* 1936, Jouve, édit.
- BRATT (J.-F.) et INGERBRITSEN (G.). — Une étude statistique sur la pleurésie. *Acta Medica Scandinavica*, 29 fév. 1932, t. LXXVII, n° 4.
- BRELET (M.). — L'avenir des pleurétiques. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1924, n° II.
- L'avenir des pleurétiques *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 janv. 1925, p. 67.
- BRINCKMANN. — Infection intra et extra-familiale comme cause de tuberculose manifeste chez l'enfant. *Beitr. Z. Klin. der Tuberk.*, 1924, Bd. 58, p. 215.
- BRODIEZ (L.). — Contribution à l'étude de l'évolution des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. *Thèse Paris*, 1919-20, n° 303, Jouve, édit.
- BROLET. — Les anciens pleurétiques devant les conseils de révision. *Gaz. des Hôp.*, 5 et 7 mai 1925, n° 36, p. 583.
- BROQUET et MORENAS. — De la tuberculose pleuro-pulmonaire chez les noirs. *Revue de la tuberculose*, 1920, n°s 2-3, p. 143.
- BROUARDEL (G.) et ARNAUD (J.). — L'organisation anti-tuberculeuse française. *Bibliothèque de Phtisiologie*, Masson édit., 1934.
- BRUDNICKI (E.). — Combien de temps l'immunité tuberculeuse débute-t-elle après la primo-infection ? *Wiener Med. Woch.*, 24 sept. 1932, t. LXXXII, n° 39.
- BRUN (J.). — Le cycle de l'infection tuberculeuse humaine. Masson, édit., 1936.
- BURNET (E.). — Prophylaxie de la tuberculose. *Bibliothèque de phtisiologie*, Masson édit., 1934.

- Bactéries des poussières. *Revue de la tuberculose*, 1921.
- CAIN (A.) et HILLEMAND (P.). — Syncope mortelle avec convulsions épileptiformes au cours d'une ponction de la plèvre. *Gazette des Hôpitaux*, 11 et 13 juillet 1922, n° 54, p. 869.
- La tuberculose de primo-infection chez l'adulte. *Annales de Médecine*, janv. 1923, t. XIII, n° 1, p. 39.
- CAIN (A.) et OURY. — Tuberculose de primo-infection chez l'adulte. *Revue de la Tuberculose*, 1924, t. V, p. 261-268.
- CALMETTE (A.). — Valeur diagnostique des réactions tuberculiniques. *La Médecine*, mai 1920, 1^{re} année, n° 8, p. 461.
- L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux. Masson, 3^e édit., 1928.
- Allergie tuberculinique et immunité anti-tuberculeuse. *Annales de Médecine*, 1929, n° 4, t. XXV.
- La tuberculose est-elle réellement contagieuse ? *Presse Médicale*, 27 sept. 1933, n° 77.
- CARCOPINO (E.). — Contribution à l'étude de la pneumo-séreuse. Importance sémiologique des variations cytologiques des épanchements séreux. *Thèse Montpellier*, 1922.
- CASTAIGNE et PAILLARD. — La péritonite tuberculeuse discrète consécutive à la pleurésie séro-fibrineuse. *Journal Médical français*, juillet 1919, p. 296.
- CHABAUD (J.). — Le complexe secondaire des allergiques. *Revue de la Tuberculose*, déc. 1931, n° 10, p. 1.184.
- Des stades précoces et du mécanisme initial de certaines tuberculoses de l'adulte. *Revue de la Tuberculose*, oct. 1931, p. 946.
- CHALIER (J.). — Sur un nouveau signe physique des épanchements de la plèvre. *Presse Médicale*, 23 août 1922, n° 67, p. 723.
- CHANDLER (F.-G.). — Puncture of the chest : its occasions and technique. (La ponction pleurale : ses indications, sa technique). *The Lancet*, 23 nov. 1929.
- CHANTEMESSE (A.) et COURCOUX (A.). — Les pleurésies tuberculeuses. Doin, édit., 1913.

- CHAPUIS (Y.). — Autosérothérapie des épanchements pleuraux. *Schw. medizin. Woch.*, 10 avril 1926, n° 14.
- CHUZA (A.-J.). — Beitrag zur Therapie der exsudativen Pleuritis im Kindesalter. (Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie exsudative dans l'enfance). *Medizinische Klinik*, 18 déc. 1931, n° 51, p. 1.858-1.859.
- CLAVEL (C.) et GOMET (G.). — Les antécédents pleuraux dans les arthrites et synovites tuberculeuses. Valeur séméiologique et pronostique. *Lyon Médical*, 22 oct. 1933, n° 43.
- CORDEY (F.). — Etude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance. Rôle de la contagion. Recherches expérimentales et cliniques sur la résistance allergique. *Thèse Paris 1925*, n° 133. Lévy, édit.
- CORDIER (M.-V.). — Prophylaxie et traitement des séquelles des pleurésies tuberculeuses. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1920, p. 170.
- CORPER (H.-S.) et RENCH (O.-B.). — An attempt to produce experimental tuberculous pleural effusion and empyemas in Rabbits. (Essai de production expérimentale d'épanchement pleural tuberculeux chez le lapin). *The American review of tuberculosis*, t. IV, n° 10, p. 176. Déc. 1920.
- COSTE. — Contribution à l'étude des séquelles de la pleurésie séro-fibrineuse primitive aiguë dite « a frigore ». *Thèse*, Montpellier, 1934, n° 46, Mari-Lavit, édit.
- COURCOUX (A.). — Tuberculose de la plèvre et des séreuses. *In* Traité de Pathologie générale et de Thérapeutique appliquée, publié sous la direction de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX, t. XVIII. Les tuberculoses viscérales de l'enfant et de l'adulte. Maloine édit.
- Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse des tuberculeux. *La Consultation*, déc. 1922, n° 4, p. 153.
- La réaction de fixation dans certaines manifestations locales de la tuberculose. (Pleurésies, péritonites, adénopathies). Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose. Séance du 11 juin 1921. *Revue de la Tuberculose*, oct. 1921, n° 5.

- Quelques considérations pratiques à propos de la typho-bacillose. *La Médecine*, mai 1932, n° 7.
- Le traitement des pleurésies. *Bulletin de la Soc. Méd. de Passy*, 1933, n° 3.
- Le pronostic de la pleurésie tuberculeuse basé sur quelques notions récentes de l'infection bacillaire. *Le Concours Médical*, 1936, n° 36.
- COURCOUX (A.) et ALIBERT (A.). — La primo-infection du jeune adulte. *La Presse Médicale*, 21 déc. 1935, n° 102, p. 2076.
- Pleurésie tuberculeuse dite primitive et primo-infection. *Paris Médical*, 5 janv. 1935.
- Quelques cas de la primo-infection du jeune adulte. *Revue de la Tuberculose*, janv. 1936, t. II, n° 1, p. 71.
- COURCOUX (A.) et BERGERON. — Recherche du bacille tuberculeux dans les liquides pleuraux par la méthode de Löwenstein. *Revue de la Tuberculose*, janv. 1934, 4^e série, t. II.
- COURCOUX, BIDERMAN, ALIBERT et BUCQUOY. — La primo-infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine et les infirmières. *Rev. de la Tuberculose*, juillet 1934, n° 7.
- L'examen médical des étudiants en médecine et des infirmières. *Revue de la Tuberculose*, juillet 1934, n° 7.
- COURCOUX (A.) et BONNEFOY (H.). — La climatologie de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *La Presse thermique et climatique*, 15 janv. 1935.
- CRAMER (A.). — La matité de l'espace de Traube comme signe des petits épanchements de la cavité pleurale gauche. *Revue médicale de la Suisse Romande*, juin 1924, n° 6, p. 362.
- CREYX. — Fréquence comparative et déterminisme du signe du sou de Pitres dans diverses affections de la plèvre et du poumon. *Réunion Biol. de Bordeaux, C. R. Soc. de Biol.*, 21 janv. 1922, t. LXXX.
- CREYX et VINCENT. — Fréquence comparative et déterminisme du signe du sou de Pitres dans les épanchements de la plèvre réalisés expérimentalement. *Réunion Biologique de Bordeaux, C. R. Soc. de Biol.*, 2 mai 1922, t. LXXX.

- CROSNIER et PIGACHE. — Intérêt de la cuti-réaction à la tuberculine chez les jeunes soldats. *Soc. de Méd. militaire française*, 11 juillet 1935.
- DEBENEDETTI et FORET. — Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine chez 345 recrues et réservistes. *Revue de la Tuberculose*, mars 1935, n° 3.
- DEBRÉ (R.) et CORDEY (F.). — Etude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance. *Revue française de Pédiatrie*, 1925, t. I, n° 2, p. 159.
- DEBRÉ (R.) et JACQUET (P.). — Le début de la tuberculose humaine. *Annales de Médecine*, 1920, t. VII, p. 122.
- DEBRÉ (R.) et LELONG (M.). — La tuberculose de l'enfance. In *Traité de Médecine des Enfants*, publié sous la direction de NOBÉCOURT (P.) et BABONNEIX (L.). Masson, édit. 1934, tome II.
- Sur la prophylaxie de la tuberculose. *Le Monde médical*, 1^{er} juin 1935, n° 865, p. 752.
- DEBRÉ (R.), LELONG (M.) et MIGNON (M.). — Les aspects radiologiques de la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 21 déc. 1935, n° 102.
- DEBRÉ (R.), PARAF (J.) et DAUTREBANDE (L.). — Etude critique de la méthode des cuti-réactions en série. *Annales de Médecine*, 1921, p. 443.
- DEBRÉ (R.) et RENARD (P.). — De la nécessité de radiographier le thorax des sujets atteints d'érythème noueux. *Le Monde Médical*, 1^{er} sept. 1932, n° 845, p. 827.
- DELAFONTAINE (P.) et MOLLARD (H.). — La période secondaire de la tuberculose. *Le Monde Médical*, 15 fév. 1936, n° 878, p. 111.
- Les trois stades de la tuberculose. Evolution générale de la tuberculose pulmonaire. *La Médecine*, févr. 1937, 18^e année, n° 3.
- DI NATALE (A.). — Contributi al trattamento della pleurite siero-fibrinose con la pneumotoracentesi. (Sur le traitement des pleurésies séro-fibrineuses par la pneumothoracentèse). *Rivista di pat. e clin. della tubercolosi*, anno III, fasc. 9, anno VII, p. 741.
- DOERFLER (H.). — Die Pleuritis. *Münchener med. Wochenschr.*, 5 oct. 1934, n° 40.

- DONATH (J.). — Ueber die tuberkulöse Pleuritis. *Weiner medizinische Wochenschrift*, 16 mai 1931, t. LXXXXI, n° 20.
- DREYFUS-SÉE. — A propos de la communication de COURCOUX et ALIBERT sur quelques cas de primo-infection du jeune adulte. *Soc. d'études scientifiques sur la tuberculose*. Séance du 9 nov. 1935.
- DUCROHET. — Les formes chroniques de la splénopneumonie tuberculeuse chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1923.
- DUFOURT (A.). — Hérité et terrain dans la tuberculose. *Le Monde Médical*, 1^{er} juin 1935, n° 865, p. 742.
- Primo-infection et réinfection tuberculeuses chez l'enfant. *Journal de Méd. de Lyon*, t. XII, n° 267, 20 fév. 1931.
- Les fièvres de primo-infection tuberculeuse chez l'enfant. *La Science médicale pratique*, 1^{er} juin 1930, p. 364.
- DUFOURT (A.) et BRUN (J.). — Les épituberculoses. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 nov. 1935, p. 675.
- DUHOT et WILMOT. — Le traitement de convalescence des pleurésies séro-fibrineuses de l'enfance aux stations de demi-altitude et d'altitude. *Montpellier Médical*, 15 mai 1933, 3^e série, t. III, n° 5.
- ECKERSTROM (S.). — Uber Erythema nodosum und Pleuritis exsudativa in der Krankengeschichte der Lungentuberkulösen. *Acta Tuberc. Scand.*, 1932, vol. VI, p. 78.
- ENSTEIN. — Les antécédents et l'avenir du pleurétique. *Strasbourg*, 1930.
- ELLISON (R.-T.). — Pleurisy with effusion in tuberculosis. *Tr. Am. Hosp.*, 1934, A 36, p. 48-54.
- FELDMAN (M.). — Contribution à l'étude thérapeutique des pleurites et des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses par la diathermie et les rayons ultra-violet. *Thèse Paris*, 1930, Lac, éd't.
- FISCHER. — L'hygiène du pleurétique convalescent se révèle primordial pour son avenir. *Concours médical*, 30 juin 1935, p. 1937, n° 26.
- FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et AUZEPY. — Erythème nouveau au cours d'une cortico-pleurite tuberculeuse et d'un abcès bismuthique de la fesse évoluant simultanément. *Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 21 déc. 1934, p. 1751,

- FLURIN (H.) et ROUSSEAU (J.). — Les tensions intra-pleurales dans les épanchements liquides de la plèvre. La thoracentèse sans aspiration et en position couchée. *Annales de Médecine*, 1920, t. VII, n° 5, p. 325-345.
- Fonteyne. — Mort subite par ponction pleurale. *Soc. Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 18 avril 1925.
- FRANCONI. — Doit-on séparer dans les hôpitaux et dans les asiles pour enfants les tuberculino-positifs des tuberculino-négatifs ? *Schweiz. Med. Woch.*, 15 oct. 1932, t. LXII, n° 42.
- FREY. — Tuberculose de l'adulte; retentissement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires, *Thèse Paris*, 1927.
- GAIDANO. — Congestione pulmonare, cortico-pleurite, infiltrazione epitubercolare. *La Clinica Pediatrica*, settembre 1925.
- GAUTSCHI (Jacqueline). — L'avenir des pleurétiques. Recherche des éléments pronostiques tirés de l'étude biologique du sang et de l'exsudat, et plus particulièrement du degré et des variations quantitatives de la leucocytose pleurale. *Thèse Montpellier*, 1934, n° 42, Soc. générale d'imprimerie, Nice.
- GHON et KUDLICH. — De la réinfection dans la tuberculose humaine. *Zeitschrift für Tuberk.*, 1924, Bd. XLI, H. I., p. 1.
- GIRAUD (A.) et SEDAD (A.). — Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. *Revue de la Tuberculose*, 1924, t. V, p. 1.
- GORINI. — La pneumotoracentesi nella cura della pleurite essudativa nell'infanzia. (La thoracentèse suivie de pneumothorax dans le traitement de la pleurésie de l'enfance). *Lotta contro la Tuberculosis*, Anno II, n° 9, sept. 1931, p. 945.
- GRÉGOIRE (E.). — Signes radiologiques pulmonaires de l'érythème noueux des enfants. *Thèse, Paris*, 1931, n° 267, Arnette, édit.

- HAMBRO (C.). — Erythema nodosum and tuberculosis of the lungs. *Acta Tuberc. Scand.*, 1928, vol. III, p. 1.
- HAMBURGER (F.). — Primo-infection et réinfection. *Wiener Klinische Woch.*, 24 avril 1931, t. XLIV, n° 17.
- HANNS (A.). — Les pleurésies tuberculeuses fugaces. *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} juin 1921, 44^e année, t. XLIX, n° 11, p. 339.
- HARINS et KLINKMANN. — Ueber die Primar und Sekundar-Tuberkulose. *Die Tuberkulose*, 1925.
- HARVIER et PINARD. — Pathologie de la plèvre. In Nouveau Traité de Médecine, publié sous la direction de ROGER, WIDAL, TEISSIER, fasc. XII, Masson, édit.
- HASCOET (H.). — Contribution à l'étude du pronostic des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. *Thèse*, Paris, 1932, n° 627, Le François, édit.
- HAUTEMANN (M.). — Die sogenannte idiopathische Pleuritis exsudativa tuberculosa. (La soi-disant pleurésie tuberculeuse exsudative idiopathique). *Zeitschr. f. Tuberk.*, 1929, t. LII, Fasc. 6, p. 483-491.
- HOCHSTETTER — Ein Fall von Luftembolie bei Pleurapunktion. (Un cas d'embolie gazeuse dans la ponction pleurale.) *Zeitschr. f. Tub.*, 1924, Bd. XL, Heft. 2, p. 110-111.
- HOFBAUER. — Les effets nuisibles des exercices respiratoires. *Wiener Klin. Woch.*, 7 fév. 1929; t. XLII, n° 6.
- HUTINEL. — La pleurésie séro-fibrineuse simple chez les enfants. *Progrès Médical*, 17 avril 1920, n° 16, p. 174.
- ICHOK (G.). — L'examen préventif des étudiants. *Progrès Médical*, 16 nov. 1935, n° 6.
- IGNATOWSKI et LEMESIC. — Etude clinique de la tuberculose secondaire. *Beitr. z. Klin. der Tub.*, 1925, Bd. 61.
- JACQUELIN (A.). — Le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *La Médecine Internationale*, mai 1935.
- JACQUELIN (A.) et MALET (M.). — L'avenir des pleurétiques. *Le Bulletin Médical*, 1935, n° 52.
- JAQUEROD. — La conception de Ranke et sa classification en trois stades de la tuberculose pulmonaire. *Pressé Médicale*, 2 avril 1932, n° 27, p. 509.

- JEMY (Paul). — Les examens de médecine préventive et la tuberculose chez les étudiants. *Thèse*, Paris, 1935.
- JESSEL. — Les contacts tuberculeux. *The Lancet*, avril 1930.
- JOUSSET (A.). — Ce qu'il faut penser des « nouvelles » conceptions de la tuberculose. *Presse Médicale*, 21 mai 1930.
- L'adénopathie médiastine est la première localisation de la tuberculose. *Presse Médicale*, 22 juin 1927.
 - La valeur diagnostique des cuti-réactions à la tuberculine chez l'adulte. L'anergie accidentelle. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 mai 1926.
 - Considérations sur le pronostic et le traitement des pleurésies séro-fibrineuses bacillaires. L'hétéro-sérothérapie. *Revue de la Tuberculose*, oct. 1920, n° 5, p. 307 à 322.
- KARWACKI. — Culture du virus tuberculeux du liquide pleural dans les pleurésies tuberculeuses. *Soc. polonaise de Biologie*, 29 octobre et 10 décembre 1924, in *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1925, t. XCII, p. 374.
- Culture du bacille tuberculeux dans le liquide des pleurésies tuberculeuses. *Soc. polonaise de biologie*, 28 janv. 1925, in *C. R. Soc. de Biol.*, 1925, t. XCII, p. 804.
- KLEINSCHMIDT. — Tuberkulöse der Kinder. *Leipzig*, 1927, Amb. Barth., édit.
- KNAEUR (H.). — Die Tuberkulöse Pleuritis im Kindesalter. (La pleurésie tuberculeuse dans l'enfance). *Zeitschr. f. Tuberk.*, 1928, t. L, f. 5, p. 403 à 413.
- KOCH (H.). — Le diagnostic par la tuberculine. *Wiener Klinische Woch*, 29 mai 1931, t. XLIV, n° 22.
- KOURILSKI. — A propos de la communication de COURCOUX et ALIBERT sur quelques cas de primo-infection du jeune adulte. *Soc. d'Etudes Scient. sur la Tuberc.*, séance du 9 nov. 1935.
- KRAMER (H.). — Tuberculose et contamination des religieuses infirmières. *Zentralblatt z. innere Medizin*, 19 juin 1935, t. 56, n° 26, p. 546.
- KRISTENSON (A.). — L'infection tuberculeuse chez les élèves infirmières. *Acta tuberc. scand.*, 1933, t. VII, n° 1.

- KRUMMENACHER. — Le traitement de la pleurésie avec épanchement par le chlorure de calcium. *Annales de Médecine*, Mars 1923, t. XIII, n° 3, p. 204-242.
- LANGER. — Traitement du complexe primaire tuberculeux. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 19 mars 1928.
- LANGE (B.). — Die Beziehungen zwischen Allergie und Immunität bei der Tuberkulose. (Les relations entre l'allergie et l'immunité dans la tuberculose.) *Klinische Wochenschrift*, 3 déc. 1932, t. XI, n° 49.
- LAUBRY (Ch.) et BLOCH (S.). — Crises épileptiformes spontanées dans la pleurésie séro-fibrineuse. *Paris Médical*, 25 février 1922, 12 année, n° 8, p. 166.
- LE BOURDELLES. — La primo-infection tuberculeuse dans l'armée. *Paris médical*, 5 janv. 1935, n° 1.
- LELONG (M.) et GAVOIS. — Le début vrai de la tuberculose pulmonaire chez le grand enfant et l'adolescent. *Revue Méd. Française*, 1935, p. 391.
- LEVESQUE (J.). — Les symphyses évolutives des séreuses au cours de la tuberculose de l'enfant. Rôle du chancre d'inoculation dans leur production. *Revue de la Tuberculose*, juin 1925, 3^e série, T. VI, n° 3, p. 381.
- Etude clinique de la tuberculose infantile. Masson, édit., 1931.
- LIEBERMEISTER (G.). — La tuberculose secondaire au point de vue clinique. *Beitr. z. Klin. der Tuberk.*, 1926, Bd. 62, p. 228.
- Pleuritis, Meningitis und Peritonitis in dem verschiedenen Stadien der Tuberkulose (Pleurésie, Ménin-gite et Péritonite dans les différents stades de la tuberculose). *Brauer's Beiträge*, 15 sept. 1926, n° 64, fasc. 3 et 4.
- LIMBOUR (P.). — L'avenir des pleurétiques. *Thèse Paris*, 1926.
- LOBEN (F.). — Die Bedeutung der infraklavikulären Infiltrate und der frühen Pleuritis exsudativa für die Phtisio-genese. (La signification des infiltrats sous-claviculaires et de la pleurésie exsudative précoce pour la phtisiogénèse). *Mediz. Klinik.*, 10 oct. 1930, n° 41, p. 1511-1514.

- LÖFFLER. — Conceptions nouvelles concernant la pathogénèse de la tuberculose. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1929.
- LOMMEL (F.). — Ueber Frühpunktion der exsudativen Pleuritis. (Sur la ponction précoce des pleurésies exsudatives). *Münchener med. Wochenschr.*, 2 juin 1933, n° 22, p. 839-840.
- LORTAT-JACOB. — La grippe chez les anciens pleurétiques. *Progrès médical*, 28 fév. 1920, n° 9.
- LUKAIS (J.-V.). — Zur Behandlung der Pleuritis exsudativa im Kindersalter. (A propos du traitement de la pleurésie exsudative dans l'enfance). *Mediz. Klinik*, 24 juillet 1925, n° 30, p. 1122-1123.
- LYDTIN. — Etudes sur la théorie de Ranke. *Zeit. z. Tuberk.*, 1928, Bd. 51, p. 23.
- MANTOUX (Ch.). — Les douleurs locales, symptômes d'activité évolutive chez les tuberculeux pulmonaires et pleuraux. *VII^e Congrès national de la Tuberculose*, Bordeaux 1931, Masson, édit.
- MARIOTTI-BIANCHI (G.-B.). — Exsudative pleuresy and fitners for military service. *Lotta contro la tubercolosa*, sept. 1935, n° 6, p. 935-947.
- MAY (W.). — Die Stellung der Pleuritis in klinischen Bild der Tuberkulose. (La place de la pleurésie dans le tableau clinique de la tuberculose). *Zeitschr. f. Tub.*, 1928, t. L, f. 2, p. 131 à 136.
- MAYRHOFER (H.). — Zur Aetiologie und Pathogenese der exsudativen Pleuritiden und der postpleuritischen Phthisien. (Etiologie et pathogénèse des pleurites exsudatives et des phthisies pleurétiques). *Die Tuberkulose*, 10 avril 1931, t. XII, n° 4.
- MAZELLA (J.). — Pleurésies séro-fibrineuses à grand épanchement chez les enfants. *Thèse*, Paris 1927. Jouve, édit.
- MIGNOT (R.) et MOLLARD (H.). — Lésions de la tuberculose pulmonaire au cours des trois stades de Ranke. *Lyon Médical*, 15 sept. 1935 et 22 sept. 1935.
- MORIN et CARDIS. — Comment classer de façon pratique les tuberculeux dans un sanatorium. *Bull. médical de Ley-sin*, mars 1930.

- MOURIQUAND. — Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose. *Revue de la Tuberc.*, 1923, p. 323.
- MUMME (K.-. — Zur Prognose der Pleuritis exsudativa « idiopathique). *Soc. méd. de Hambour*, séance du 4 avril 1933. *München med. Wochenschr.*, 29 sept. 1933, n° 39, p. 1529-1530.
- MYERS (J.-A.) et ROLLIE (C.-O.) — The Incidence of pleurisy in 2.000 children examined for tuberculosis. *The Amer. Rev. of Tub.*, juillet 1935, t. XI, n° 5, p. 398-402.
- NEULAND. — Etiologie et pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse chez l'enfant. *Klin. Woch.*, 4 mars 1922, n° 10, p. 470.
- NEUMANN. — Allergie et immunité dans la tuberculose. *Die tuberkulose*, 10 sept. 1932, t. XII, n° 9.
- NICO (P.). — Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. *Thèse Paris*, 1934, n° 162, Arnette, édit.
- NOBECOURT (P.È. — La tuberculose. Clinique médicale des enfants. Masson, édit., 1929.
- Les affections de l'appareil respiratoire. Clinique médicale des enfants. Masson, édit., 1924.
 - Les premières phases cliniques de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse chez l'enfant. Leçon du 22 février 1924. *Le nouveau Journal de Médecine*, 20 juin 1924.
 - Pleurésies à grand épanchement séro-fibrineux chez l'enfant. *Le Progrès Médical*, 12 mars 1927.
 - La première infection tuberculeuse chez les petits enfants. *Gazette des Hôpitaux*, 25 nov. 1936.
 - La typho-bacillose chez les enfants. *Le Monde médical*, 1^{er} avril 1922, p. 215.
- NOBECOURT (P.) et FORGERON (H.). — La cuti-réaction à la tuberculine dans la coqueluche. L'anergie tuberculinique. *Arch. de Méd. des enfants*, juillet 1922, t. XXV, n° 7, p. 394.
- NOBECOURT (P.), LIEGE et HERR (Mlle). — Rougeole et tuberculose. *Arch. de Méd. des Enfants*, févr. 1930.

- NOBECOURT (P.) et SCHREIBER. — Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose. De la nécessité d'éloigner l'enfant dès sa naissance du milieu familial. *Arch. de Méd. des Enfants*, avril 1914.
- CEFFNER (H.). — Ueber die Bedeutung der Pleuritis für die Entwicklung der Lungentuberkulose. (Sur la signification de la pleurésie dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire). *Zeitschr. f. Tuberk.*, 1928, t. L, f. I, p. 17-20.
- PAISSEAU (G.) et LAMBLING (A.). — Tuberculose de première infection chez l'adulte. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 oct. 1924, t. II, p. 1462
- PARISOT. — Extrait hépatique et chlorure de calcium dans la pleurésie séro-fibrineuse. *Archives médico-chirurgicales de province*, fév. 1936, p. 66-68.
- PEHU (M.) et BERTOYE (P.). — Sur la typho-bacillose de l'enfance. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 fév. 1930.
- PEHU (M.) et DAGUET. — Etudes cliniques et radioscopiques sur les séquelles immédiates et lointaines des pleurésies séro-fibrineuses. *Revue de Médecine*, janv. 1919, n° 1.
- Les reliquats des épanchements pleuraux ; études cliniques et radioscopiques. *Journal médical français*, juillet 1919, t. VIII, n° 7.
- PEHU (M.) et DUFOURT (A.). — Tuberculose médicale de l'enfance. Doin, édit., 1927.
- PEROL (L.). — Les insufflations intra-pleurales dans le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *Thèse*, Lyon 1933-34.
- PHELEBON. — La primo-infection tuberculeuse est-elle toujours une maladie de l'enfance. *Presse médicale*, 17 sept. 1927, p. 1131.
- PIERRET, LEFEBURE et BOCHEREL. — Pleurésies séro-fibrineuses, spléno-pneumonies, fièvres d'invasion tuberculeuse de l'enfant. *Echo médical du Nord*, in *Pédiatrie*, déc. 1935.
- PISSAVY (A.). — Les surinfections dans l'étiologie de la tuberculose en milieu hospitalier. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1927, n° 11, p. 518.

- PNOSOVSKY (V.-V.). — La pleurésie séro-fibrineuse des enfants ; son étiologie et sa thérapie. *Voprossy Tuber-kouljoza*, 1925, t. III, n° 1, p. 45.
- POIX (G.). — Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *Presse médicale*, 11 oct. 1933, n° 81, p. 1575.
- POIX (G.), AZOULAY (R.) et BRANDY. — Conception actuelle de la typho-bacillose. *Presse médicale*, 20 juillet 1935, n° 58, p. 1153.
- POMETTA. — L'Autosérophérapie d'après Gilbert. Réponse à la publication du Docteur Chapuis. *Schw. medizin. Woch.*, 10 avril 1926, n° 14.
- POTÉZ (G.). — Les classifications françaises et allemandes des formes de tuberculose pulmonaire chez l'adulte. La notion de tramite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1925.
- PRETOLANI (T.). — L'autosérotérapie nella pleurite essudativa *Morgagni*, 27 janv. 1924, analysé in *Tuberculosi*, avri! 1924, fasc. 4, 118.
- PRIBOIANU. — La primo-infection tuberculeuse. *Revue de la tuberculose*, 1933, p. 863.
- PUECH (A.) et RATIE (A.). — Les accidents nerveux graves d'origine pleurale. *Montpellier médical*, 15 nov. 1933, n° 4.
- PUHL. — De l'infection primaire et de la réinfection tuberculeuse des poumons. *Beit. z. Klinik der Tuberkulose*, 1922, Bd. 52, p. 116 à 165.
- PUTKOVSKY (H.-V.). — La méthode des examens en série, en vue de combattre la tuberculose. *Die Tuberkulose*, 10 mai et 10 juin 1932, t. XII, n° 5 et 6.
- RAGNOTTI. — Sur le Primäraffekt tardif chez l'adulte. *Beit. z. Klin. der Tub.*, 1931.
- RANKE (K.-E.). — Primäraffekt, secundäre und tertiäre Studien der Lungentuberkulose. *Arch. zur Klinische Medizin*, 16 mai 1916, p. 201 à 270.
- Participation du poumon aux stades allergiques de la tuberculose. *Beitr. z. Klin. der Tub.*, 1922, Bd. 52, p. 212-228.
- RAVINA. — La typho-bacillose. *Presse médicale*, 24 juillet 1929.
- REGARD (C.-L.). — Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par évacuation du liquide et pneumothorax. *Presse Médicale*, 4 oct. 1919, n° 56, p. 564.

- RIBADEAU-DUMAS (L.). — Les débuts de la tuberculose pulmonaire. Paris 1925. Flammarion, édit.
- RIECKENBERG. — De la doctrine de l'allergie de Ranke. *Deutsche Zeitschrift für Tuberk.*, 1922, t. LIII, f. 6, p. 491.
- RIESMAN. — Classification of pulmonary tuberculosis in children. *Archives of Pediatrics*, 1927, n° 44.
- RIEUX. — La tuberculose pulmonaire latente. Doin, édit., 1936.
- RIST (E.). — La tuberculose, 1928. Armand Collin, édit.
- L'interrogatoire en phthisiologie. *Bull. Méd. de Leysin*, avril 1930.
- Les localisations extrapulmonaires de la tuberculose. Leur interprétation pathogénique, leurs réactions à la tuberculine. *Revue de la Tuberculose*, juin 1922, 3^e série, t. III, n° 3, p. 223.
- RIST (E.) et LEVESQUE (J.). — Dépistage et contrôle de la tuberculose parmi le personnel infirmier des hôpitaux de Parie. *Revue de Phthisiol. Med. Soc.*, mars-avril 1925, t. VI, n° 2, p. 80.
- Contribution à l'étude du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire de primo-inoculation chez l'enfant. *Revue française de Pédiatrie*, 1928, t. IV, p. 271-317.
- RIST (E.) et SIMON (M.). — Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières. *Presse Médicale*, 18 oct. 1933, n° 83, p. 1601.
- ROBERTO-MORO. — La pleurite quale fattore immunitario delle tubercolosi pulmonare. (La pleurésie en tant que facteur immunisant de la tuberculose). *Tubercolosi*, mai 1926, vol. XVIII, n° 5.
- ROSSEL (G.). — Diagnostic des épanchements pleuraux par les rayons X. Le seuil de leur visibilité. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 17 oct. 1931, t. LXI, n° 42.
- ROUBIER (Ch.). — Les formes cliniques de la tuberculose thoracique chez les troupes exotiques importées en France pendant la guerre. *Gazette des Hôp.*, 1920, t. XIII, p. 1333.
- ROULIN (G.). — Etude sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or. *Thèse* Paris, 1931. Legrand, édit.

- ROUVIERE (H.). — Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson, édit., 1932.
- RYCKEBUSCH (G.). — De certaines formes de la tuberculose pleuro-pulmonaire chez les Arabes. *Revue de la Tuberculose*, août 1927, t. VIII, n° 4.
- SANARELLI. — Rôle de l'hérédité dans la tuberculose. *Revue de Phtisiologie Med. sociale*, septembre 1930.
- SANTE. — First infection in pulmonary tuberculosis. *Radiology*, 1927, n° 6.
- SCHEEL (O.). — Note sur les rapports entre la primo-infection et les manifestations cliniques de la tuberculose. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1929, t. XLIII, p. 394.
- La tuberculose parmi les étudiants en médecine à Oslo et sa prévention par la vaccination au B. C. G. *Revue de la Tuberculose*, mai 1935, 5^e série, t. I, n° 5, p. 529.
- SCHEEL (O.) et FOÏEN (Th.). — Pleurésies et tuberculoses consécutives aux pleurésies. *Acta Med. Scand.*, 1928, t. LXVIII, p. 5.
- SCHULTZE (H.). — Beiträge zur Symptomatologie und Therapie pleuraler Erkrankungen. (Contribution à la symptomatologie et à la thérapeutique des affections pleurales). *Wiener Klinische Wochens.*, oct. 1935, t. 47, n° 40, p. 1198.
- SCHULZ (E.). — Sur le stade secondaire de la tuberculose chez l'adulte. *Beitr. z. Klin. der Tub.*, 1925, Bd. 61, p. 245.
- A propos du problème de la tuberculose : la tuberculose est-elle une maladie du système lymphatique. *Zeitschr. f. Tuberk.*, 1929, p. 204.
- SERGEANT (E.). — Le terrain tuberculeux. *Revue de Path. comparée et d'Hygiène générale*, 20 janv. 1924, n° 51.
- Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. 1933. Masson, édit.
- Quelques remarques sur les signes dits « d'épanchement » dans la pleurésie séro-fibrineuse de l'adulte. *L'Hôpital*, juillet 1920, n° 27, p. 505.
- SERGEANT (E.), BORDET, DURAND et COUVREUX. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire, 1931. Masson, édit.

- STEINERT. — Die Pleuritis in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. (La pleurésie dans les différents stades de la tuberculose). *Brauer's Beiträge*, 15 sept. 1924, n° 64, fasc. III et IV.
- STEPHANI-CHERBULIEZ. — Tuberculose et hérédité. *Rev. de Phtisiol. Med. Soc.*, 1930, n° 5.
- STEPHANI (J.) et WEIGERT (H.). — Les tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques. Etude de leur pronostic. *Revue de la Tuberculose*, déc. 1936, 5^e série, t. II, n° 10, p. 1240.
- STIASSNIE (J.). — Le pronostic des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. *Revue de la tuberculose*, avril 1930, 3^e série, t. II.
- SURW MILLER (W.). — Tuberculosis of the pleura : an anatomical study. *The Amer. Rev. of Tub.*, janv. 1926, vol. XIII, n° 1, p. 1.
- SYLLA (A.). Pleurisy and its therapy. *Ergebn. d. ges. Med.*, 1935, n° 20, p. 291 à 330.
- TAKEDA (K.) et SIMPO (K.). — Allergic pleurisy, experimental studies. *Trac. Soc. path. Japan*, 1935, n° 25, p. 199-200.
- TARONNA. — De l'évolution de la tuberculose pulmonaire après les interventions chirurgicales. *Tubercolosi*, nov. 1927, p. 431.
- TOINON. — Les classifications de la tuberculose pulmonaire. *Gaz. des Hôp.*, 3 mars 1928.
- TOURNANT (P.). — Contribution à l'étude radiographique des pleurésies séro-fibrineuses. *Thèse*, Paris 1933, n° 441. Jouve, édit.
- TROISIER et BARIETY. — Sur la primo-infection tuberculeuse. *Paris Médical*, 6 janv. 1934, p. 23.
- La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. *Annales de Méd.*, juin et juillet 1934, n° 1 et 2.
- Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. Conséquences prophylactiques et sociales. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 28 nov. 1933, t. CX, n° 38.
- TROISIER, BARIETY et BROCARD. — La mort subite au cours de la pleurésie séro-fibrineuse. Le rôle des micro-infractus bulbaires. *Presse Médicale*, 26 juin 1935.

- TROISIER et BOQUIEN. — Etiologie et pathogénie de l'érythème noueux. *Rev. crit. de Path. et de Thérap.*, déc. 1930, t. II, n° 9, p. 395-406.
- TROISIER (J) et MONNEROT-DUMAINE (M.). — Les limites de la spécificité de la cuti-réaction tuberculinique. *Revue de la tuberculose*, 1928, p. 554.
- VAUCHER et STRAUSS. — Les examens de médecine préventive et la tuberculose chez les étudiants. *Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*, juillet 1935, t. 57, n° 7, p. 506.
- VAUCHER, STRAUSS et SCHNEEGANS. — La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 24 déc. 1934, 3^e série, n° 34, p. 1731.
- VUILLEMARD (P.). — Les antécédents des pleurétiques. *Thèse Paris*, 1925, n° 315. Coquemard, édit.
- WAGNER (R.). — La division en stades de la tuberculose infantile. *Wiener Med. wochen.*, 1931, n° 22, p. 728.
- WALDER (A.). — Ueber die Pleuritis tuberkulosa. *Mediz. Klinik.*, 14 mai 1926, n° 20, p. 757-761.
- WALLGREEN (A.). — Considérations sur l'érythème noueux. *Acta Pædiatria*, 1925-26, t. V, p. 225.
- Ueber Verschlechterung resp. Manifestwerden von Hilustuberculose im Anschluss an Erythema nodosum. *Beitr. z. Klin. der Tuberk.*, 1924, t. LVII, p. 12.
- Pathogenesis of Acute Serofibrinous Pleurisy. *American Journal of Diseases of Children*. Oct. 1929, vol. 38, p. 829-833.
- WEBB (G.-B.). — Infection et immunité tuberculeuse. *The American Review of tuberculosis*, oct. 1923, vol. VIII, n° 2, p. 93.
- WEILL (P.-E.). — Traitement des pleurésies séro-fibrineuses par la pneumoséreuse thérapeutique. *Académie de Médecine*, 24 juin 1919.
- Le fonctionnement du diaphragme dans les pleurésies avec épanchement. *Presse médicale*, 11 févr. 1920, n° 12, p. 113.

- WEILL-HALLE. — L'examen médical des futurs étudiants en médecine. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 fév. 1935, n° 7.
- WIDOWITZ (P.). — Ueber das subprimäre stadium der tuberkulose und dessen praktische Bedeutung. *Beit. z. Klin. der Tub.*, 1924, t. LVI, p. 58.
- WILMOT (J.). — Le traitement de convalescence des pleurésies séro-fibrineuses de l'enfance par la gymnastique respiratoire à l'altitude. *La Pratique médicale française*, décembre 1932.
- WOLF (J.-E.) et DUCHAINE (J.). — La pleurésie tuberculeuse primitive. *Revue belge de la tuberculose*, mai-juin 1934, 25^e année, n° 3.
- WOLFF-EISNER. — Immunité tuberculeuse ; ses rapports avec l'évolution de la maladie et les stades de Ranke. *Deutsche mediz. Woch.*, 31 août 1928, p. 1455.
- WORINGER (P.) et ADNOT (A.). — Rapports entre l'immunité et l'allergie dans l'infection tuberculeuse. *Soc. de Biologie de Strasbourg* ; in *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1928, n° 26.
- YOVANOVITCH-MARKOVITCH (Militza). — Les symptômes pulmonaires dans la pleuro-tuberculose séro-fibrineuse de l'enfant. *Thèse Paris*, 1923. Jouve, édit.
- ZACHARIEW (K.). — Beginn und Dauer des Retraktions stadiums bei pleuritischem Erguss. (Début et durée du stade de rétraction dans les épanchements pleurétiques). *Wiener Klinische Wochenschrift*, août 1934, t. 47, n° 34, p. 1035.
- ZIEGLER. — Origine et évolution de la tuberculose. *Mediz. Klinik*, 7 sept. 1928, n° 46.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	1
Historique.....	5
Rappel anatomo-pathologique et pathogénique.....	9
La Place de la pleurésie dans l'évolution tuberculeuse d'après les théories modernes.....	13
Pleurésies de primo-infection.....	23
Les réactions tuberculiniques.....	23
Observations personnelles.....	26
Observations rapportées.....	32
Les Pleurésies des sujets tuberculisés depuis longtemps.....	41
Pleurésies de primo-infection probable.....	51
1. — Primo-infection prouvée par des examens anté- rieurs négatifs.....	52
2. — Primo-infection marquée par un syndrome cli- nique.....	54
3. — Primo-infection probable par contagé récent....	78
4. — Primo-infection non révélée.....	89
Vues d'ensemble sur les pleurésies primitives d'après nos observations.....	133
Etiologie.....	145
Antécédents.....	151
Contagé.....	159

Etude clinique.	163
La Pleurésie autonome.	163
Les Formes septicémiques.	174
Les Formes des races vierges.	176
Pronostic.	177
Pronostic immédiat.	177
Pronostic éloigné.	185
Traitement.	191
1. — Traitement au cours de l'évolution aiguë.	191
2. — Traitement de la convalescence.	197
Conclusions.	203
Bibliographie.	207

